

UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2018

N° 2018.211

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(DES de MÉDECINE GÉNÉRALE)

par

Ronan JÉGOT

né le 02 octobre 1988 à Quimper

Présentée et soutenue publiquement le 15 novembre 2018

LE TICKET MODÉRATEUR EN ASSURANCE SANTÉ :
de sa justification théorique aux arguments en faveur de sa suppression

Présidente : Madame la Professeur Leïla MORET

Directeur de thèse : Philippe TESSIER

REMERCIEMENTS

Au Professeur Leïla Moret, pour avoir accepté de présider cette thèse.

Au Professeur Philippe Batifoulier, merci de faire le trajet jusqu'ici et merci de me faire l'honneur de participer à ce jury, merci aussi pour tous ces écrits qui ont souvent guidé ma réflexion.

Au Docteur Laurent Brutus, je te remercie du coup de pouce qui m'a amené faire ce travail à un moment où j'en doutais, merci d'avoir cru en ce sujet spontanément.

À Philippe Tessier, merci d'avoir chapeauté cette thèse, d'en avoir été un directeur disponible et très présent, d'avoir su me mener dans ce cheminement en étant toujours compréhensif et pédagogue. Si ce travail est jugé bon, tu en es l'un des grands artisans.

REMERCIEMENTS

À mes parents, et en particulier mon père et ma mère, d'avoir été des parents aimants et qui savent bien éduquer les enfants. À mes frères, le grand qui est pour moi un exemple et le petit pour qui j'espère en être un. Merci pour tous ces moments qu'on passe ensemble. Merci à ma nièce et, du coup, à sa mère... Et puisqu'on y est, au reste de la famille, et aux autres qui auraient tous droits d'en faire partie.

Aux copains de Nantes, merci de rendre la vie ici si douce. Plus particulièrement à toi avec qui j'ai beaucoup dormi sur un clic-clac. À tous ceux qui ont des enfants et à ceux-ci qui paieront ma retraite (et particulièrement à ceux qui viennent d'en faire un deuxième du coup). Σε αυτούς σπου μπορούνε να διαβασουνε αυτο και την λορεαλ γιατί τον αξίζει. À ceux qui viennent du midi, notamment là où il fait Auch, ceux qui pâtisse, ceux qui font des maths, du code ou les deux, ceux qui font des barbecues, ceux qui enseignent, ceux qui demandent de tirer les chaussures. Aussi à ceux qui travaillent ou ont travaillé avec moi et qui m'apportent le réconfort nécessaire à 13h50, à ceux qui vivent dans une maison à la montagne faute d'y avoir un chalet. À ceux de Nantes qui sont à Rennes.

À toi qui fais toujours de très bonnes choses à manger le soir à la maison, à toi qui fais toujours de très bons lardons à manger le soir à la maison. À toi qui fais toujours de très bonnes choses à boire le soir au coin de la rue.

À ceux partis trop tôt, pour s'échouer à Marseille, La Rochelle ou encore à Rennes et Toulouse, parfois sans vraie maison, absents mais présents.

À ceux qui viennent faire des jeux avec moi tous les lundis.

Aux copains brestois, qui m'emplissent à chaque fois de bonheur, mais aussi du regret d'être parti. À toi précisément, qui fus quasiment mon voisin et mon premier ami dans le monde de la confraternité. À ceux qui, las de la ville, viennent gentrifier en masse Plougastel, Daoulas ou les deux, mais aussi à ceux qui préfèrent une vue sur le port, une vie dans le triangle d'or (ou même un peu plus haut).

À ceux de Quimper, partis souvent très loin, mais la routourne est en train de tourner, merci de vous rapprocher sans cesse.

À toi et toi qui êtes en prison, j'attends la sortie du premier avec impatience.

Sans la nommer, à celle qui, bien-aimée, est fidèle, celle qui quand elle danse ça va, celle avec qui j'ai l'impression d'être un roi, un chevalier d'autrefois. À toi qui as su m'épauler, parfois en faisant semblant avec toute la bienveillance qu'il fallait pour me ramener à la réalité. Σε σενα, αγαπημενη και ομορφουλα μου, Νταλαρας, Νταλαρας, Νταλαρας !

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	2
TABLE DES MATIÈRES.....	4
ABRÉVIATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	9
I . SUPPORT THÉORIQUE.....	13
I.1] LE RESTE À CHARGE EN ASSURANCE SANTÉ.....	14
a) Consommation et aléa moral.....	14
i - Théorie de la consommation.....	14
ii - Le phénomène d'aléa moral.....	15
L'augmentation du recours aux soins.....	16
L'augmentation du prix du soin.....	18
Les effets combinés : l'augmentation de la dépense.....	19
b) La théorisation de l'aléa moral en assurance santé.....	20
i - Théorie du consommateur et du surplus.....	20
ii - Théorie économique de l'aléa moral : assurance santé et perte de surplus.....	22
c) Vérification empirique de l'aléa moral : l'étude HIE de la RAND.....	24
I.2] CRITIQUES DE LA THÉORIE ÉCONOMIQUE DE L'ALÉA MORAL.....	27
a) La critique théorique de Nyman : la surévaluation de la perte de surplus.....	27
b) Les fonctions de demande et de besoin dans la consommation de soins.....	29
c) L'augmentation du prix des soins est-elle délétère ?.....	33
d) Les soins utiles et inutiles : le pouvoir de l'assuré et l'influence du prestataire.....	34
e) Les ressources financières individuelles suffisent-elles à assumer la dépense ?.....	36
f) Le coût de l'assurance et ses bénéfiques indirects.....	37
I.3] CONCLUSION.....	37
II . LE TICKET MODÉRATEUR EN FRANCE.....	39
II.1] DÉFINITIONS.....	39
II.2] HISTORIQUE.....	43
II.3] LES TAUX DE TICKET MODÉRATEUR EN FRANCE.....	45
II.4] LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS.....	47
a) Les exonérations du ticket modérateur.....	47
b) Les complémentaires santé.....	48
i - Les assurances complémentaires privées.....	48
ii - La couverture maladie universelle complémentaire.....	50
iii - L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.....	51
II.5] ANALYSE CRITIQUE DU TICKET MODÉRATEUR.....	52
a) Quelle étendue du caractère désincitatif en France ?.....	52

b) Quelle population finalement désincitée ?.....	52
c) Le renoncement aux soins pour raisons financières.....	55
d) Le non-recours aux aides.....	59
e) L'inefficacité du système et la gestion doublée.....	60
II.6] CONCLUSION.....	61
III . QUEL SYSTÈME POUR L'ASSURANCE SANTÉ ?.....	62
III.1] ÉTAT DES LIEUX EN FRANCE.....	63
a) Les différents organismes.....	63
i - La Sécurité sociale et l'Assurance Maladie.....	63
ii - Les organismes complémentaires d'assurance maladie (hors CMU-C).....	64
Comment sont fixés les tarifs ?.....	64
Des contrats individuels et collectifs.....	65
Une couverture variable.....	65
Les trois acteurs de la couverture complémentaire.....	66
L'évolution du marché des organismes complémentaires.....	66
Conclusion.....	67
b) Les dépenses de santé.....	68
i - Les postes de dépense.....	68
ii - Le financement des dépenses de santé et son coût de gestion.....	70
III.2] LES DIFFÉRENCES OBSERVABLES.....	72
a) Les coûts de gestion des organismes financeurs.....	72
i - Différents types de coût de gestion.....	73
Les frais de gestion des sinistres :.....	74
Les frais d'administration :.....	74
Les frais d'acquisition :.....	75
Une répartition des coûts de gestion disparate selon les OC.....	76
Des frais propres à la Sécurité sociale :.....	76
Conclusion :.....	77
ii - L'évolution des coûts de gestion.....	77
iii - Le coût de gestion potentiel dans un système où l'assurance est étendue.....	79
iv - Discussions.....	81
b) Le mode de financement des assurances santé.....	84
i - Les transferts de revenus opérés.....	84
Généralités.....	84
La Sécurité sociale.....	85
Les organismes complémentaires.....	85
L'État et les ménages.....	87
ii - La traduction des transferts par l'indice de solidarité.....	88
Sécurité sociale.....	91
Organismes complémentaires.....	92
iii - La réduction des inégalités de revenus : le coefficient de Gini.....	93
iv - Discussions.....	94
c) L'équilibre budgétaire.....	95
i - La dynamique des dépenses de santé.....	95
ii - La dynamique des recettes.....	96
Les organismes complémentaires.....	96
La Sécurité sociale.....	97
iii - Discussion.....	98

d) La concurrence en assurance santé.....	98
i - Généralités.....	98
ii - La concurrence en France.....	100
iii - Discussion.....	101
III.3] CONCLUSION.....	101
CONCLUSION.....	104
BIBLIOGRAPHIE.....	114

ABRÉVIATIONS

ACS : Aide à l'acquisition/au paiement d'une Complémentaire Santé

ALD : Affection Longue Durée

AM : Assurance Maladie

AMO : Assurance Maladie Obligatoire

AMP : Assurance Maladie Privée

ANI : Accord National Interprofessionnel

AT/MP : Accidents du Travail et Maladies Professionnelles

BRSS : Base de Remboursement de la Sécurité Sociale

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMU-C : CMU Complémentaire

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CRDS : Contribution à la Réduction de la Dette Sociale

CS : Complémentaire Santé

CSBM : Consommations de Soins et de Biens Médicaux

CSG : Contribution Sociale Généralisée

DCS : Dépense Courante de Santé

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ESPS : Étude Santé Protection Sociale

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

M€, Md€ : Million d'euros, Milliard d'euros

OC : Organismes Complémentaires

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PIB : Produit Intérieur Brut

PUMa : Protection Universelle Maladie

RAC : Reste À Charge

RLAM : Régime Local d'Alsace Moselle

Sécu : Sécurité Sociale

TM : Ticket Modérateur

TVA : Taxe sur la Valeur Ajoutée

UC : Unité de Consommation

URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations
Familiales

INTRODUCTION

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le système de santé « est l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé. [...] Il est de plus en plus communément admis que, pour préserver et améliorer la santé des populations dans le monde, les pouvoirs publics doivent concevoir des systèmes de santé solides et efficaces capables de prévenir les maladies et d'offrir un traitement à toutes les femmes, tous les hommes et tous les enfants sans distinction, où qu'ils habitent. » (1)

En France, le droit à la santé est inscrit dans la constitution et dans la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, Article 25 (2) :

« 1. Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

2. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale. »

Sous un angle plus politique, l'exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945, qui fonde véritablement la sécurité sociale, abonde lui aussi dans ce sens et insiste sur l'universalité du système tant au niveau de la population que du risque, et sur le caractère inachevé du système alors naissant (3) :

« La sécurité sociale est la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes. Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain, de cette incertitude constante qui crée chez eux un sentiment

d'infériorité et qui est la base réelle et profonde de la distinction des classes entre les possédants sûrs d'eux-mêmes et de leur avenir et les travailleurs sur qui pèse, à tout moment, la menace de la misère. »

« Envisagée sous cet angle, la sécurité sociale appelle l'aménagement d'une vaste organisation nationale d'entraide obligatoire qui ne peut atteindre sa pleine efficacité que si elle présente un caractère de très grande généralité à la fois quant aux personnes qu'elle englobe et quant aux risques qu'elle couvre. Le but final à atteindre est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité ; un tel résultat ne s'obtiendra qu'au prix de longues années d'efforts persévérants, mais ce qu'il est possible de faire aujourd'hui, c'est d'organiser le cadre dans lequel se réalisera progressivement ce plan. »

Ces courts extraits rappellent que l'analyse d'un système de santé ne saurait se cantonner à ses seules performances en termes d'état de santé de la population, mais soulignent l'intérêt d'une certaine égalité/universalité d'accès (« de plus en plus communément admis » selon l'OMS). En ce sens, l'égalité d'accès aux soins pour chacun au sein d'un système universel constituera un postulat normatif qui guidera l'analyse menée dans cette thèse. En outre, les performances du système de santé ne sauraient être évaluées seulement à l'aune d'un bilan comptable, elles doivent inclure des indicateurs de solidarité du système de santé au rang desquels l'égalité d'accès.

Les barrières d'accès aux soins sont multiples, mais la contrainte de ressources financières individuelles est au premier plan en France (4). Dans un système de santé, l'assurance santé permet de réduire cette barrière financière pour l'assuré (sur le plan individuel) en prenant en charge tout ou partie de sa dépense. Partant du point de vue normatif selon lequel il est souhaitable de garantir l'égalité d'accès aux soins, notre analyse s'intéresse à l'examen des justifications et des conséquences de l'application du ticket modérateur en France au motif qu'il constitue une part prépondérante du reste à charge des assurés (5) dont peuvent découler des inégalités d'accès.

Dans la pratique médicale, la relation avec l'assurance maladie obligatoire, bien qu'omniprésente (toute consultation appelle à renseigner la situation de chacun vis-à-vis de l'assurance), se fonde dans un automatisme. Cette assurance, depuis qu'elle est universelle, s'établit comme une norme en France que rien ou presque ne vient remettre en question (une

carte vitale peut nier les droits d'untel, mais essentiellement suite à une « anomalie administrative » pour l'assuré, qui, suite à un changement de situation, perd des droits qu'il gagne automatiquement d'autre part, et une simple mise à jour règle le problème). À l'inverse, l'assurance complémentaire n'apparaît pas pour le médecin sauf si elle est publique.

Peut-être que ce constat peut expliquer la défiance dont nombre de médecins font preuve à l'égard de l'assurance maladie obligatoire, celle-ci ne rappelant son existence que pour signaler un problème, mais restant silencieuse quand elle fonctionne correctement. Pour certains, elle est même devenue un organisme d'oppression portant atteinte à la liberté des praticiens. Concernant l'assurance complémentaire privée, si le patient ne stipule pas sa situation, rien ne l'indique au médecin. Les inégalités que peut entretenir l'absence de couverture complémentaire et les freins aux soins qu'elle peut engendrer ne sont donc pas visibles pour le médecin (et souvent tués par le patient). Or de nombreuses études, souvent médiatisées, viennent récemment rappeler que le renoncement aux soins pour raisons financières existe en France, et lèvent le voile sur ceux que, par définition, le médecin n'aura pas vus.

Du fait de cette invisibilité, l'intérêt et la portée de l'assurance ne sont pas interrogés dans la pratique courante. Le modèle français d'assurance santé semble s'entretenir dans une inertie et s'il ne respecte pas toujours les postulats d'universalité (quand il s'agit de l'assurance complémentaire) et d'égalité vus plus haut, on pourrait penser que la question a dû être posée et conclure à l'impossibilité d'un tel système.

C'est ici que le ticket modérateur trouve sa place. S'il organise un reste à charge pour les assurés (ou finalement certains assurés), c'est qu'il doit exister une bonne raison et il peut donc puiser ses justifications dans sa seule existence et son ancienneté. À la question « pourquoi existe-t-il un ticket modérateur ? », beaucoup seraient tentés de répondre qu'il permet de réduire les dépenses publiques, assurant ainsi la « soutenabilité financière » du modèle. Cependant, les justifications économiques de cette mesure sont autres et méconnues du grand public (c'est-à-dire des assurés, mais aussi des professionnels de santé), et les analyser permet enfin d'ouvrir le débat sur la place des assurances santé en France.

L'existence et le champ d'action de ces dernières se basent sur des recherches théoriques en économie de la santé ayant eu cours à la fin des années 1960, et sur les études empiriques leur ayant succédé. Faire persister un reste à charge est, selon la théorie, un moyen de promouvoir la qualité des soins via une allocation des dépenses de santé plus efficaces. Or, si le ticket modérateur est efficace, les moyens de le contourner ont été développés, que ce soit par les individus (par la souscription à une couverture complémentaire), mais aussi paradoxalement par l'état (par la couverture maladie universelle, l'affection longue durée, par l'obligation de

complémentaire d'entreprise...). Force est de constater que certaines de ces mesures répondent à des besoins réels que n'avait pas envisagé la théorie (la peur de la maladie, la pauvreté, la maladie coûteuse...), et que la justesse du ticket modérateur mérite donc d'être réévaluée.

L'enjeu de notre réflexion est donc de mener une analyse critique des principales justifications économiques de l'existence d'un ticket modérateur pour ensuite considérer la question dans le cas français. Dans ce contexte spécifique, il s'agit, in fine, de mettre en balance les avantages supposés du ticket modérateur avec les inconvénients qu'il engendre et donc de déterminer dans quelle mesure, compte tenu de l'objectif d'égalité d'accès et des spécificités du système français, son existence peut être justifiée ou non.

Dans un premier chapitre, nous aborderons le cheminement des justifications théoriques en économie de la santé qui soutiennent de maintenir une partie des dépenses à la charge des assurés, puis nous en ferons une analyse critique interrogeant la pertinence d'un reste à charge.

Le second chapitre s'intéressera aux modalités d'application pratique du ticket modérateur dans le cas français, car celui-ci constitue la plus grande partie du reste à charge organisé par l'assurance maladie. Ici, nous définirons son étendue et les mesures mises en place pour réduire les inégalités qui en résultent, pour procéder enfin à une nouvelle analyse critique du bien-fondé d'un tel dispositif.

Un troisième chapitre cherchera à savoir, dans l'hypothèse où l'on supprimerait le ticket modérateur, quel organisme d'assurance serait le plus à même d'étendre sa prise en charge à l'intégralité des soins. Pour ce faire, nous présenterons les différentes assurances santé et les spécificités qui les distinguent, pour étudier enfin la manière dont elles contribuent à respecter les critères d'égalité d'accès énoncés plus haut.

I. SUPPORT THÉORIQUE

Si l'intérêt de l'assurance santé au financement socialisé n'est pas contesté en vertu de son caractère de protection et d'égalité sociale, les modalités de celle-ci ne sont pas consensuelles. En effet, plusieurs systèmes d'assurance santé cohabitent de par le monde, avec des niveaux de prise en charge financière, de panier de soins et de reste à charge très hétérogènes selon les pays et les époques. Un arbitrage s'opère constamment pour un système plus efficient, à savoir l'objectif d'une meilleure qualité de soin au sein d'un système le plus égalitaire d'une part, et les contraintes budgétaires qui lui incombent d'autre part. En effet, les réformes du système de santé en appellent souvent soit à une réduction des inégalités, soit à la solvabilité du système (dans l'idée où si celle-ci n'est pas assurée, le système s'effondre et les inégalités se creusent).

La France ne déroge pas à la règle et possède un système d'assurance sociale publique et obligatoire qui laisse un reste à la charge de l'assuré. Dans notre pays, il est majoritairement organisé autour du ticket modérateur (TM) qui constitue un pourcentage des soins que l'assurance ne prend pas en charge. Le but de ce reste à charge (RAC) est de réduire le coût de l'assurance (il est supporté par l'assuré seul) et donc de maîtriser les dépenses de santé collectivisées. De manière très simplifiée, l'assuré va diminuer son recours aux soins inutiles (sans effet sur sa santé), car il doit en assumer une partie du coût, mais, lorsque les soins sont utiles, il bénéficiera d'une participation de l'assurance qui assumera partiellement le coût des soins. Cette « responsabilisation » de l'assuré est soutenue par la théorie économique de l'aléa moral.

Par ailleurs, il existe en France depuis le milieu des années 2000 une participation forfaitaire de 1€ sur les actes médicaux, puis une franchise médicale de 0,50€ sur les boîtes de médicament et actes paramédicaux. Ces mesures entrent aussi dans le calcul du reste à charge organisé par l'assurance maladie, mais leurs effets sont très marginaux en comparaison du ticket modérateur, et leurs modalités différentes. Nous choisissons donc de les laisser en dehors de l'analyse qui suit pour y revenir dans la discussion finale.

Ce chapitre propose un rappel des théories économiques en assurance santé venant soutenir l'organisation d'un reste à charge puis une analyse critique visant à les relativiser.

I.1] LE RESTE À CHARGE EN ASSURANCE SANTÉ

A) CONSOMMATION ET ALÉA MORAL

i - Théorie de la consommation

Les théories économiques décrivant le comportement du consommateur sur un marché sont régies par 3 variables, la demande, la quantité échangée et le prix. Une variation de l'une d'elles opère souvent la modification d'une ou des deux autres. En effet, on conçoit facilement que la baisse du prix d'un bien fasse augmenter sa demande, que l'augmentation de la quantité d'un bien fasse baisser les prix et inversement.

Ce phénomène se traduit graphiquement comme suit :

Soit un marché où le prix d'un bien est noté P , et la quantité de bien consommée Q , la dépense totale engagée est notée D tel que $D=P*Q$

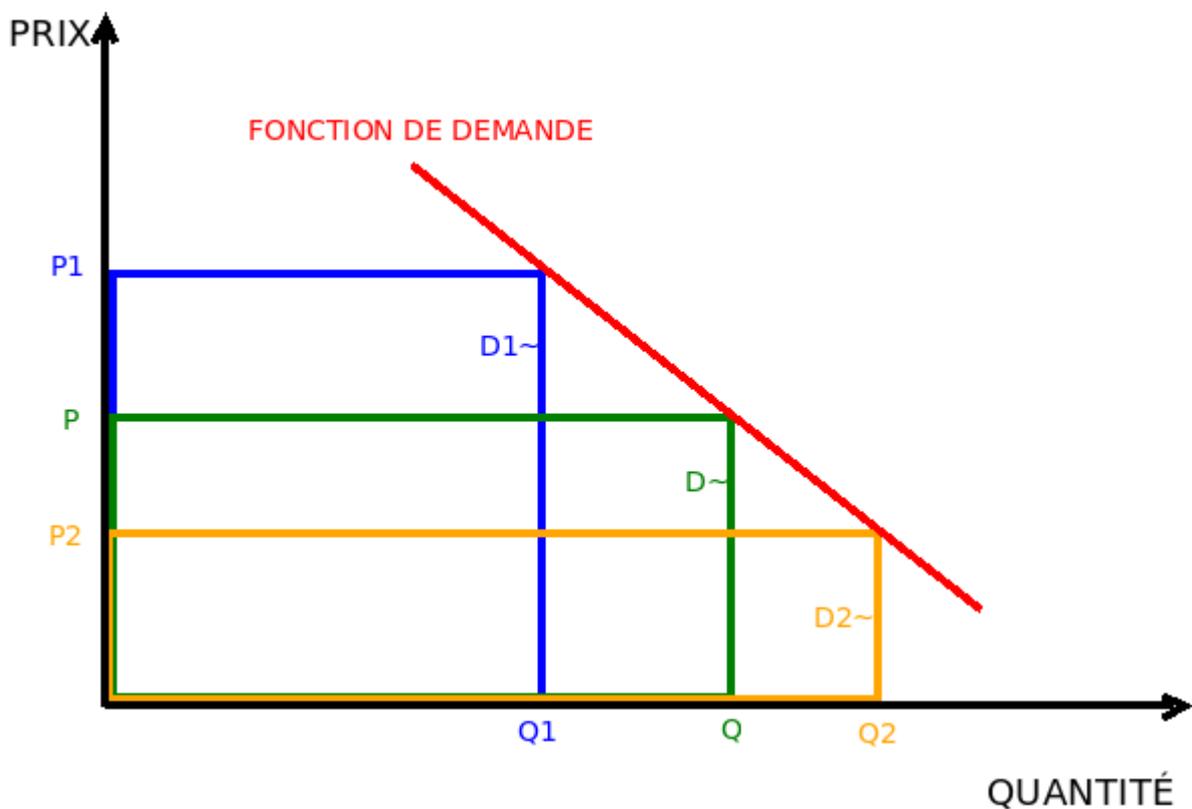


Figure 1 : Variation de la quantité d'un bien en fonction du prix

*Ici, on constate que, quand le prix d'un bien augmente ($P1$), la quantité de biens consommés diminue ($Q1$). Quand le prix diminue ($P2$), la quantité de biens consommés augmente ($Q2$). Dans les deux cas, la dépense engagée D est égale au produit $P*Q$, et représentée graphiquement par l'aire des rectangles $D1$ et $D2$.*

La fonction de demande donne, pour chaque prix d'un bien (P_n), la quantité (Q_n) demandée, et se matérialise par la droite rouge ci-dessus. Elle est généralement courbe, mais est représentée ici de cette manière pour plus de simplicité. Elle est dans la majorité des cas décroissante si toutes choses restent égales par ailleurs (la diminution du prix fait croître la demande).

ii - Le phénomène d'aléa moral

De nombreuses études empiriques démontrent que les dépenses de personnes couvertes par une assurance sont plus importantes que celles des individus non-assurés. Ce phénomène, qui, à augmentation d'assurance, fait correspondre augmentation de la dépense porte le nom d'aléa moral*. L'aléa moral désigne donc une consommation différente en fonction de la couverture d'assurance, sans en préjuger des mécanismes et des causes. C'est un terme propre à la situation de risque et donc au système d'assurance (6).

** Dans le domaine de l'assurance, l'aléa moral représente toute augmentation paradoxale du risque et de la dépense observée chez les assurés qui se savent couverts. On en distingue deux types :*

- aléa moral ex-ante, où l'assuré va prendre des risques qu'il ne prendrait pas sans assurance (par ex. un individu n'ayant pas d'assurance « casse » pour son téléphone sera plus précautionneux qu'un individu assuré). Cet aléa moral ex-ante se traduirait dans l'assurance santé par une diminution de la prévention (par ex. un professeur de sport qui part faire du ski et, s'il se blesse, touchera des indemnités journalières équivalentes à 100 % de son salaire, aurait plus eu tendance à éviter le risque en l'absence de ces indemnités), or, on peut y opposer la perte de « capital santé » que l'assurance n'est pas en mesure de rendre. En effet l'assurance santé n'assure que le risque financier de la maladie (on ne fume pas pour la seule raison que la chimiothérapie destinée au cancer du poumon est prise en charge à 100 %) et dans les faits, on observe même le comportement inverse, les assurés les mieux couverts ont plus souvent recours à la prévention que les non-assurés (7,8).

- aléa moral ex-post, où l'assuré va augmenter la dépense engagée dans un sinistre,

chose qu'il n'aurait pas faite sans assurance (par ex. un assuré automobile « tout-risque » aura plus tendance à déclarer des sinistres ou engager des réparations supplémentaires qu'un assuré « au tiers »). Dans l'assurance santé l'aléa moral ex-post est l'observation de la majoration des dépenses avec l'augmentation de la couverture.

Le phénomène d'aléa moral en assurance santé se résume peu ou prou à l'aléa moral ex-post. Le terme aléa moral sera donc utilisé dans cette acception dans tout l'exposé.

Certains économistes ont théorisé le phénomène d'aléa moral en reprenant les modèles de consommation de biens sur un marché puis en les adaptant au monde de l'assurance santé. Arrow est le premier qui décrit la variation de comportement d'un consommateur de soins en fonction de la couverture de son assurance santé (9). Cette dernière agit en modifiant le prix d'un bien (le soin) et change du même coup l'attitude de l'assuré. Plus précisément, l'assurance modifie le reste à charge de l'assuré et donc le prix « ressenti » par celui-ci. Le prix « réel » du soin est pris en charge conjointement par l'assurance et l'assuré et entre dans le calcul de la dépense globale.

Dorénavant, soit un système de santé où le nombre de recours aux soins (quantité de soins) est noté Q , et où la dépense moyenne par recours aux soins (le prix du soin) est notée P .

L'augmentation du recours aux soins

Une couverture importante diminue le prix du soin pour le malade, jusqu'à le rendre nul en cas de couverture à 100 %, et augmente le recours à la consommation de soin. À l'inverse, l'absence ou la diminution de couverture augmente le prix du soin, et diminue le nombre de recours.

Toutefois, le prix absolu ou prix réel du soin reste le même, seul le prix relatif qu'on pourrait qualifier de « ressenti par l'assuré » est modifié. Cela pourrait s'expliquer par le fait que la part prise en charge par l'assurance n'est pas forcément visible, et n'impacte pas le comportement de l'assuré.

*On ajoute à la variable prix P une nuance, notée p et qui équivaut au prix relatif, celui payé par l'assuré (part du prix non prise en charge par l'assurance). Par extension on introduit d , la dépense de l'assuré où $d=p*Q$*

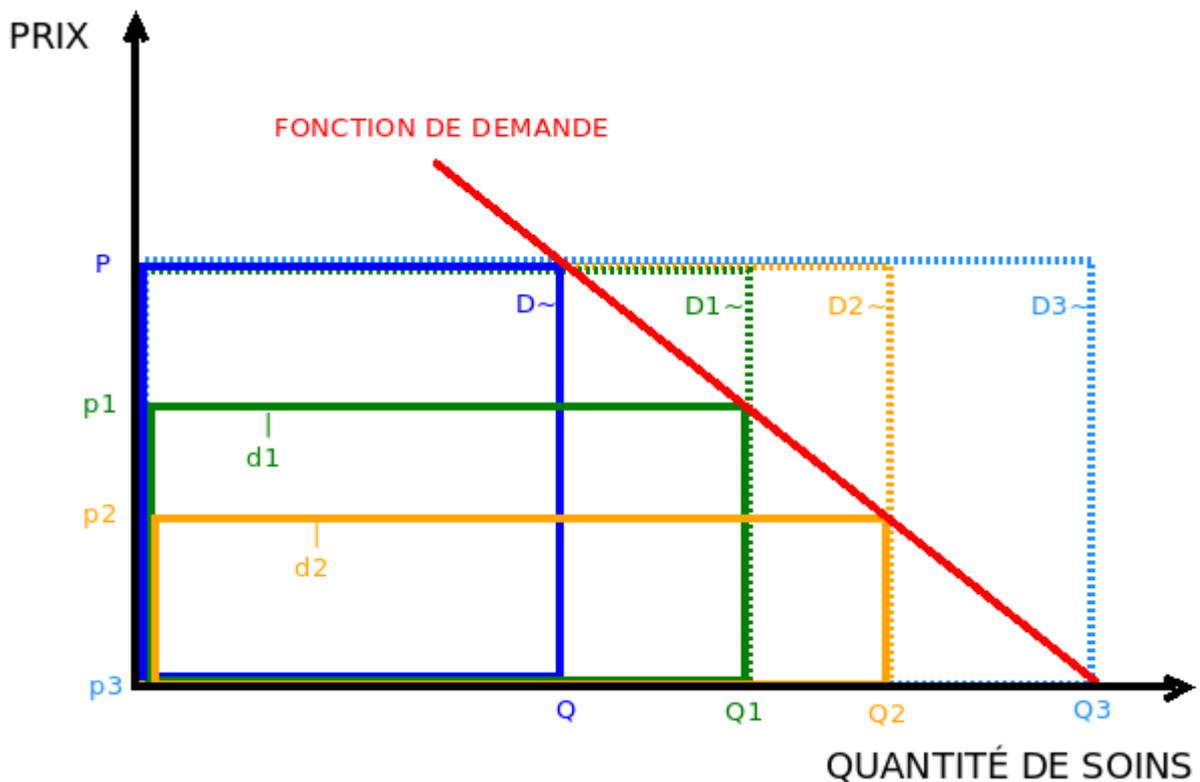


Figure 2 : Variation de la quantité de soins consommée en fonction de l'assurance

Sur le graphique, l'hypothèse d'un prix P et d'une consommation Q représente une absence totale de couverture. Dans ce cas, la dépense engagée D est représentée par l'aire du rectangle D (comme vu sur le graphique précédent).

En introduisant une couverture santé, l'assurance fait baisser le prix relatif du soin qui devient p (où $p < P$). Dans l'exemple d'une couverture santé partielle (p_1), la quantité de soin consommée augmente (Q_1). On peut dès lors calculer la dépense de l'assuré $d_1 = p_1 * Q_1$, mais aussi la dépense globale du système de santé (somme de la dépense de l'assurance et de l'assuré) grâce au prix réel du soin, soit $D_1 = P * Q_1$. Idem dans le cas 2 d'une couverture partielle, plus généreuse que celle du cas 1.

Dans le cas d'une couverture santé pour 100 % du soin, $p_3 = 0$, la quantité de soins Q_3 augmente, la dépense de santé à la charge de l'assuré $d_3 = 0 * Q_3$ est, elle aussi, nulle, mais la dépense globale $D_3 = P * Q_3$ augmente, car $Q_3 > Q_2 > Q_1 > Q$

On constate que plus la couverture d'assurance est importante, plus elle majore les dépenses globales de santé en augmentant la quantité de soin consommée

L'augmentation du prix du soin

Avec une couverture plus importante, l'assuré voit le prix diminuer (toujours relativement) et va peut-être s'orienter vers un soin plus coûteux qu'il n'aurait pas eu les moyens de s'offrir sans assurance. La quantité de recours ne change pas, mais le coût moyen du soin augmente.

Dans ce cas, P varie et Q est une constante, schématiquement, on observe que le rectangle D passe au-delà de la fonction de demande :

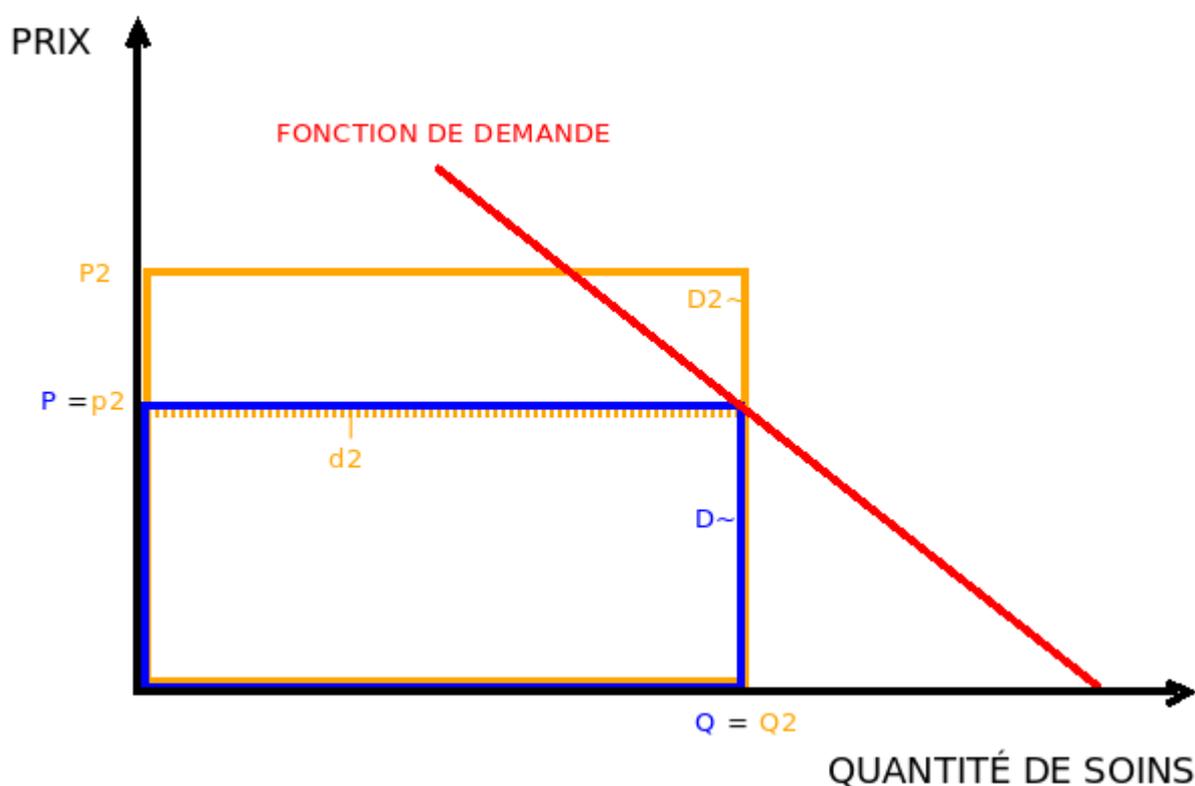


Figure 3 : Variation du prix en fonction de l'assurance

Si l'on compare un système sans assurance où P est le prix moyen du soin, consommé en une certaine quantité Q , avec un système où une assurance couvre une partie du prix du soin si bien que le prix relatif que paye l'assuré est le même que le prix du soin dans le système sans assurance (soit $p2 = P$). Alors les assurés peuvent se tourner vers un soin plus coûteux ($P2$) mais leur quantité de soins consommée restera la même car ils se placent sur la fonction de demande selon le prix relatif qu'ils payent ($p2$).

La dépense des assurés est la même dans les deux cas de figure :

$$D = P * Q = p2 * Q2 = d2$$

Par contre, la dépense totale augmente (aire du rectangle D2) :

$$D2 = P2 * Q2 \quad \text{et} \quad D = P * Q \quad \text{et} \quad Q = Q2$$

$$\text{d'où} \quad D2 = D * (P2/P)$$

$$\text{comme} \quad P2 > P \quad \text{et} \quad P2/P > 1 \quad \text{on obtient} \quad D2 > D$$

De nouveau, l'augmentation de l'assurance contribue à l'augmentation de la dépense globale de santé en augmentant le coût du soin.

Les effets combinés : l'augmentation de la dépense

Mettant en commun les deux observations effectuées ci-dessus, on peut schématiquement représenter la comparaison d'un système sans assurance ($D = P * Q = p * Q = d$ car $p = P$) avec deux systèmes d'assurance partielle ($D1 = P1 * Q1$ où $d1 = p1 * Q1$, et $D2 = P2 * Q2$ où $d2 = p2 * Q2$, le cas 2 représentant une couverture plus importante que le cas 1) et un système d'assurance totale ($D3 = P3 * Q3$ et $d3 = p3 * Q3 = 0$) :

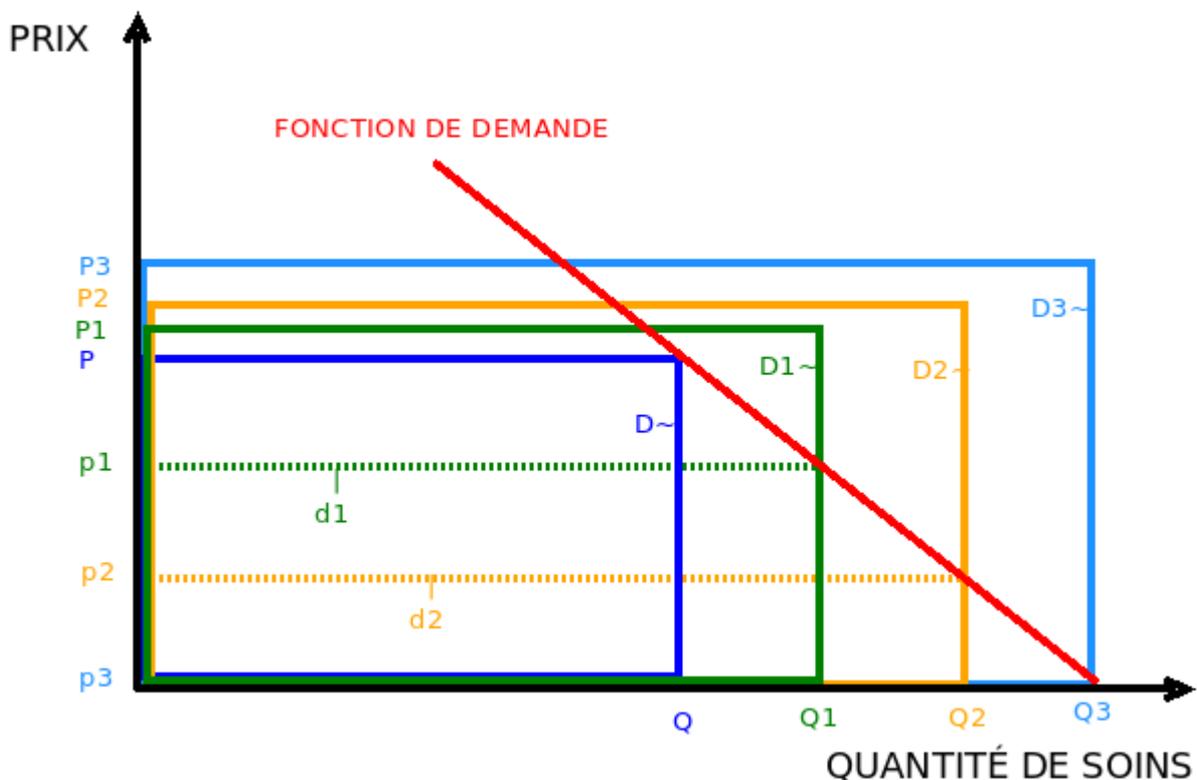


Figure 4 : Variation du prix et de la quantité de soins consommée en fonction de l'assurance

On observe une augmentation de la quantité de soins consommée et du coût moyen du soin à mesure que le niveau d'assurance augmente, et donc une majoration de la dépense totale de soin.

Donc $D3 > D2 > D1 > D$

L'assurance fait donc augmenter la dépense de santé de manière globale.

B) LA THÉORISATION DE L'ALÉA MORAL EN ASSURANCE SANTÉ

Cette théorie popularisée par Pauly en 1968 introduit le modèle du consommateur et du surplus dans la consommation de soins. En ce sens elle donne un avis sur l'intérêt ou non de l'aléa moral.

i - Théorie du consommateur et du surplus

Sans rentrer dans les détails, cette théorie présente le consommateur comme détenteur d'un capital qu'il alloue à l'acquisition de différents biens en fonction du bien-être (ou utilité, utilisée ici comme synonyme) qu'il en retire (10). L'utilité du bien est équivalente au prix que l'individu serait prêt à payer pour acquérir le bien. La différence entre le niveau de bien-être ou d'utilité (U) rapporté et le prix (P) du bien est qualifié de surplus (S).

- Le but de l'individu est de maximiser son surplus et il agit toujours en ce sens.

- L'acquisition d'un bien « A » rapporte un bien-être (U_{A1}), et l'acquisition d'une autre unité de ce même bien « A » rapporte un bien-être inférieur au précédent (noté U_{A2} tel que $U_{A2} < U_{A1}$).

- L'utilité d'un bien est relative et dépend, d'une part, de la présence d'autres biens et de substitut à ce bien, et d'autre part, des habitudes du consommateur.

- Le consommateur arrête d'acheter de nouvelles unités de ce bien « A » quand le bien-être qu'il en retire est inférieur au bien-être que lui apporte le bien « B » (si « B » a le même prix que « A »), c'est-à-dire quand l'allocation de son capital lui rapporte un surplus plus important si son choix se dirige vers un autre bien.

Prenons l'exemple d'un couteau de cuisine :

- L'individu qui fait l'acquisition de son premier couteau C_1 en tire un bien-être U_1 important, le fait de pouvoir cuisiner, et serait donc prêt à l'acheter à un prix très supérieur au prix P_C du couteau (son surplus S_1 est important),

- L'acquisition d'un second couteau C_2 lui permet d'adapter/d'optimiser son travail de cuisine, il en tire de nouveau un bien-être U_2 , inférieur à U_1 , mais toujours supérieur au prix d'un couteau (d'où $S_2 < S_1$, mais $S_2 > 0$ car $U_2 > P_C$),

- ...

- L'acquisition du $n^{\text{ième}}$ couteau ne lui apporte que peu de bien-être U_n , mais lui coûte toujours le même prix P_C .

quand $U_p = P_C$, $S_p = 0$

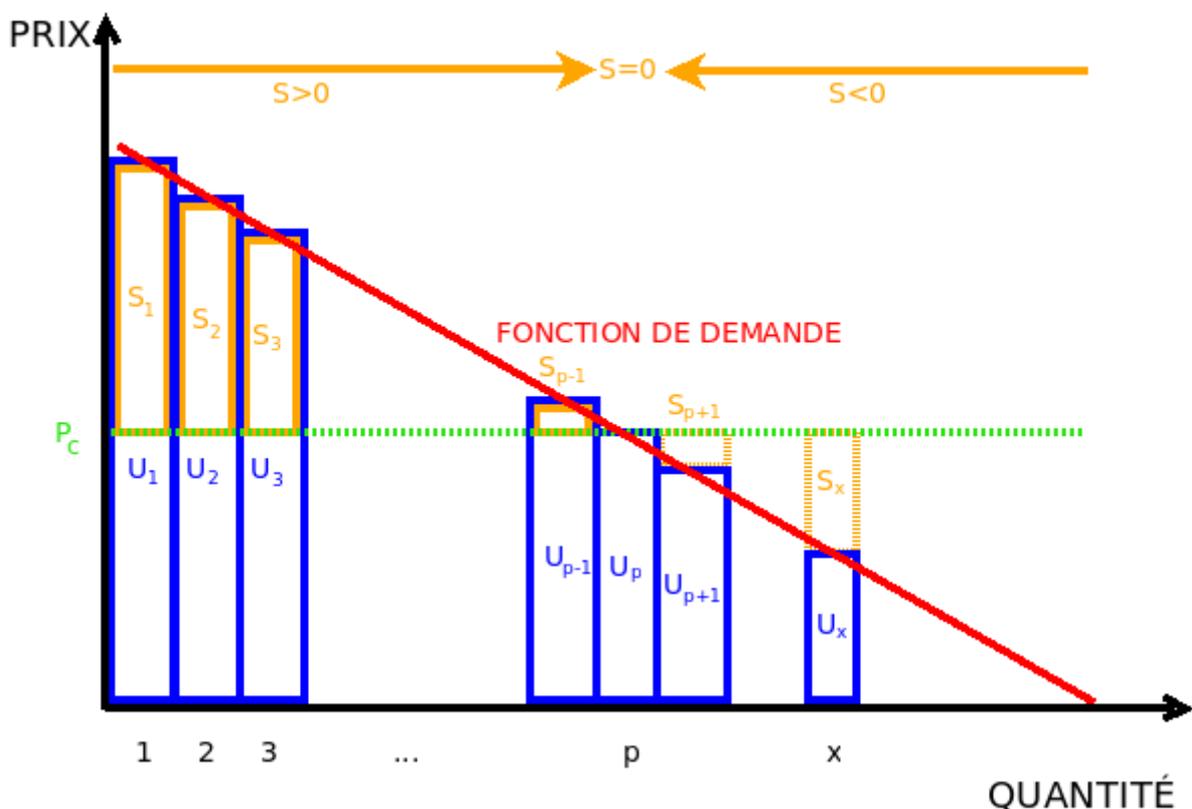


Figure 5 : Variation du surplus en fonction de la consommation

l'acquisition de $p-1$ unités est donc optimale car elle maximise le surplus, l'unité p est neutre, et les unités $> p$ provoquent une perte de surplus ($U_{p+1} < P_C$, $S_{p+1} < 0$).

Dans le cas où il n'en tire plus de surplus, l'individu préfère allouer son capital à un autre bien, par exemple le fait-tout qu'il n'a pas et qui lui apportera un bien-être supérieur et

donc un nouveau surplus.

Dans un nouveau marché où l'économiste fait son apparition, celui-ci fait diminuer l'utilité relative du couteau. Dans ce cas, le nombre de couteaux utiles diminue au profit de l'utilité de l'économiste (pour maintenir $U_p = P_c$, p diminue).

Pour un individu qui irait très souvent au restaurant, l'utilité des couteaux est diminuée. L'acquisition d'un couteau ne lui rapporte que peu de surplus (pour lui, le nombre de couteaux rapportant du surplus ($p-1$) diminue aussi), à l'inverse d'un passionné de cuisine ou d'un collectionneur.

ii - Théorie économique de l'aléa moral : assurance santé et perte de surplus

Pauly adapte cette théorie à l'assurance santé en y ajoutant les spécificités inhérentes à l'assurance (10,11) :

- Les individus tirent leur bien-être de deux types de bien, la santé et l'ensemble des autres biens de consommation.

- Comme ils ne peuvent pas acheter directement de la santé, les individus achètent un substitut, le soin.

- Le soin ne se décline pas en unité, mais est dynamique et continu. Par rapport à l'analogie avec les couteaux, on peut considérer que les unités 1, 2, 3, ... représentent une part de soin.

- Les individus sont « averses au risque », c'est-à-dire qu'ils supportent mal l'incertitude induite par une prise de risque financier important. Cette incertitude est source de perte de bien-être. En ce sens, l'utilité du bien soin est apportée par la diminution de l'incertitude.

Il introduit aussi la notion de bien-être total dans l'économie, le système le plus efficace est donc celui qui maximise la somme des surplus de chaque individu (surplus global).

Si un individu est malade, et qu'il n'existe pas d'assurance, il va consommer p parts de soin, de sorte à maximiser son surplus, car les parts supérieures à p (le couteau $p+1$ et les suivants) ne lui rapporteraient qu'un bien-être inférieur au prix unitaire (P) du soin, il va donc allouer son capital aux autres biens de consommation.

S'il est assuré pour l'ensemble des parts de soin, il va consommer le maximum de part de soin (que l'on note Ω) car il en tire un bien-être sans dépense supplémentaire (c'est l'assurance qui paye P).

Au niveau individuel :

- l'individu sans assurance paye $D = p * P$,
- l'individu assuré pour p parts de soin consomme p , l'assurance paye donc $D_p = D$,
- l'individu assuré pour toute la dépense consomme Ω parts de soins et donc la dépense assumée par l'assurance est $D_\Omega = \Omega * P$ où $D_\Omega > D$.

Seulement l'assurance doit assurer sa solvabilité :

- l'assurance qui couvre p assume la dépense moyenne D . Elle la répercute à l'ensemble de ses assurés dont la prime est D .

- l'assurance qui couvre toutes les parts de soin dépense D_Ω en moyenne, la prime devient D_Ω , plus importante.

Si l'on compare les surplus globaux, il est maximal quand l'assurance couvre p parts de soin

- sans assurance, la dépense est la même pour l'individu mais il perd le bien-être dû à la réduction de l'incertitude offert par l'assurance.

- avec une assurance qui couvre p parts de soin, il gagne S_p , le niveau de surplus maximal.

- avec une assurance couvrant Ω parts de soin, toutes les dépenses secondaires aux parts contenues dans l'intervalle $] p, \Omega]$ contribue à une perte de surplus global (car elles auraient pu être affectées à d'autres biens de consommation rapportant un surplus > 0) $S_\Omega < S_p$ car la différence de surplus S' est négative.

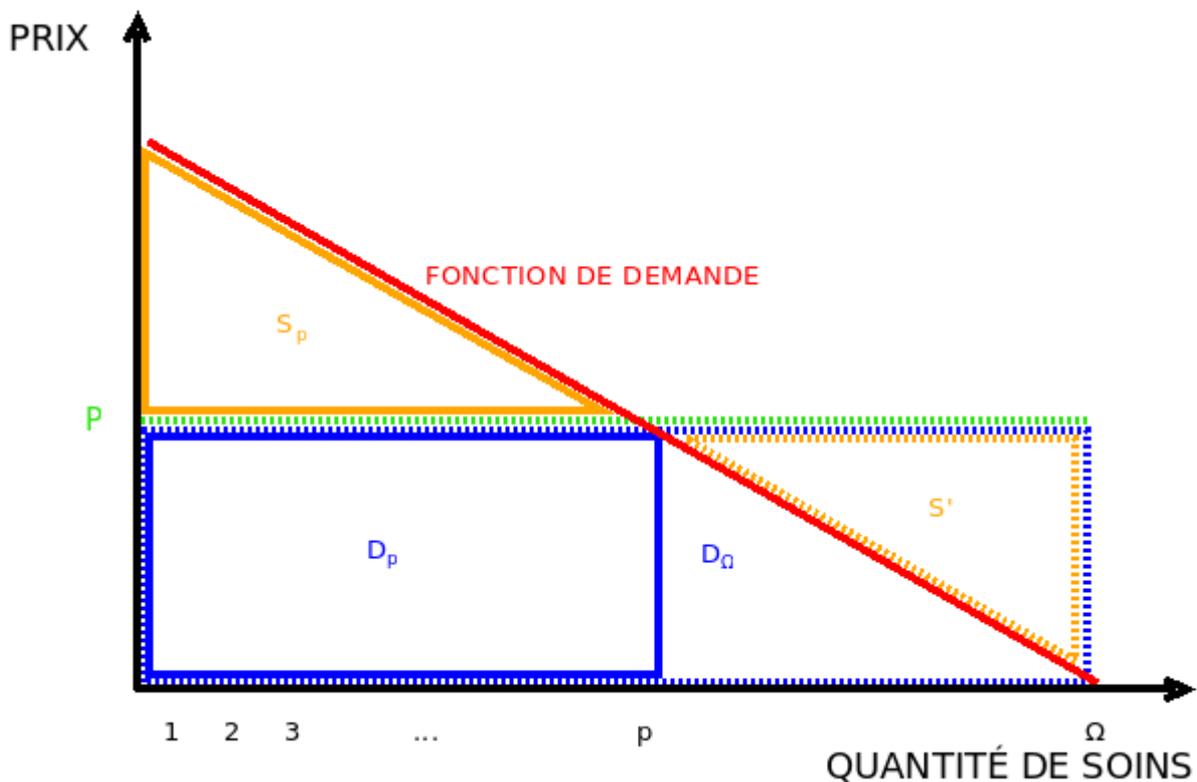


Figure 6 : Variation du surplus en fonction de l'assurance

En tenant compte des degrés d'aversion au risque des individus, Pauly pousse la théorie un peu plus loin en proposant des couvertures d'assurance supplémentaire en fonction de cette aversion. L'individu très averse au risque tire un bien-être plus important de chaque unité de soin, il maximise son surplus avec l'augmentation de sa couverture et donc la réduction de son incertitude. Dans ce système, le surplus global est maximal car aucun individu ne présente une assurance « trop couvrante » qui entamerait son surplus (11).

C) VÉRIFICATION EMPIRIQUE DE L'ALÉA MORAL : L'ÉTUDE HIE DE LA RAND

Dans les années 1970, le gouvernement fédéral américain finance une expérience menée par la RAND corporation nommée HIE pour Health Insurance Experiment. Cette étude a l'intérêt d'être la seule expérience randomisée prospective de cette envergure jamais organisée, ce qui en fait l'étude de référence dans le domaine de l'assurance santé. (12–14)

L'expérience évalue l'effet de différents degrés d'assurance sur la consommation de soins en répartissant, de manière aléatoire, 6000 individus dans différents plans de copaiement (participation restant à la charge de l'assuré). Passant outre certaines spécificités, on peut les regrouper comme suit : copaiement de 0 % (ou sans copaiement, c'est-à-dire, assuré pour 100 % de la dépense engagée), de 25 %, de 50 % et de 95 %. Pour les trois groupes avec copaiement, il existait un plafond annuel (pourcentage du revenu annuel, jusqu'à 1000\$ maximum) au-delà duquel toutes les dépenses étaient prises en charge par l'assurance. Les ménages recevaient en début d'année une somme forfaitaire égale à la différence entre ce plafond et celui de leur ancienne assurance, de manière à les inciter à participer à l'étude, mais aussi à éviter de perdre de vue les individus qui auraient mal supporté d'avoir un copaiement plus important que celui de leur précédente assurance. Par la suite, la consommation de soins de chaque groupe a été analysée, et ce pendant 3 à 5 ans.

Les résultats montrent de manière significative une augmentation de la dépense de soins à mesure que le copaiement diminue, et la variation la plus importante est observée lorsque l'on passe de 25 % à 0 % de copaiement. Aussi, deux autres choses sont remarquables :

- la différence entre les groupes est significative et importante pour les soins ambulatoires, mais elle n'apparaît pas en ce qui concerne les dépenses hospitalières.
- la différence de dépense ambulatoire est surtout due à une augmentation du nombre de recours, mais la dépense engagée par recours reste sensiblement la même selon les groupes.

Nous avons vu plus avant, à travers l'étude de l'aléa moral, que l'assurance avait un effet sur la quantité, le prix et la qualité des soins. Or les études empiriques portent souvent sur l'effet quantité et l'effet prix, très peu sur l'effet qualité.

Dans l'expérience de la RAND, l'évaluation de l'état de santé était réalisée à la fin de l'étude sur des critères cliniques.

L'analyse des résultats ne retrouve pas de différence significative entre les états de santé des différents groupes de copaiement, et on serait tenté d'interpréter cette conclusion comme « le copaiement n'a pas d'incidence sur l'état de santé ». Or il existe de nombreux biais à l'évaluation de l'état de santé (12,13) :

- les assurés relevant de Medicare ou qui en relèveraient pendant le déroulement de l'étude en était exclus (ce qui conduit à exclure les plus de 62 ans, Medicare s'appliquant automatiquement à partir de 65 ans). Le panel étudié ne représente donc pas la population et en exclu les plus malades (on est plus malade à 80 ans qu'à 30 ans, en moyenne).
- le nombre d'assurés ayant quitté l'étude n'est pas le même dans le groupe sans

copaiement (5 parmi 1294, soit 0,4%) et dans l'ensemble des groupes avec copaiement et plafond de 1000\$ (179 parmi 2664, soit 6,7%), ce qui constitue un biais fort. En effet, les participants avaient le droit de quitter l'étude à tous moments et, dans ce cas, retrouvaient leur assurance précédente. La différence observée s'explique sans doute par la présence de participants, qui, tombant malades et envisageant des soins coûteux (tels qu'une hospitalisation) à leur endroit, préfèrent quitter l'expérience et revenir à leur assurance précédente afin de ne pas avoir à déboursier les 1000\$ de franchise. En définitive, les groupes avec copaiement ont « perdu » les assurés les plus malades en cours d'étude, ce qui n'est pas le cas du groupe sans copaiement. Il en résulte des groupes avec copaiement où les assurés sont relativement moins malades, donc globalement consomment moins de soins et présentent un meilleur état de santé dans l'évaluation finale (15,16).

- l'évaluation de l'état de santé porte sur de multiples critères intermédiaires, pas sur des critères principaux que pourraient être une auto-évaluation de l'état de santé, une espérance de vie, un nombre d'années d'autonomie gagnées...

- l'état de santé est mesuré à 3 ou 5 ans, ce qui ne permet pas d'évaluer les bénéfices de la prévention.

Aussi l'analyse des états de santé en fonction des revenus montre qu'il existe une différence significative de certains critères cliniques (chiffres de pression artérielle plus bas, diminution du nombre de caries...) en comparant les deux premiers déciles de revenus en fonction du copaiement (14,17). En d'autres mots, on peut penser que l'assurance puisse apporter une amélioration de l'état de santé des plus pauvres.

L'étude de la RAND est représentative de nombreux travaux empiriques sur le sujet dans le sens où sa méthodologie est idéale pour mettre en évidence une différence des dépenses de santé en fonction des différents groupes de copaiement, mais n'est que d'une faible puissance pour l'évaluation de l'état de santé. Dans ce cas, l'absence de différence significative est très loin de permettre de conclure à l'absence de différence tout court.

Des études plus récentes tendent à relativiser les conclusions tirées de l'étude HIE, mais sans atteindre la même qualité méthodologique ni la même envergure, ce qui rend leurs résultats plus discutables (7,14).

I.2] CRITIQUES DE LA THÉORIE ÉCONOMIQUE DE L'ALÉA MORAL

Toutes ces observations et théories offrent une même conclusion, l'augmentation de l'assurance santé augmente les dépenses de santé. Les ressources économiques n'étant pas infinies, toute majoration de la dépense de santé obère un autre poste de dépense qui aurait pu servir l'individu lui-même ou la communauté d'une autre manière. Aussi, on peut s'interroger sur le fait qu'une dépense de santé trop importante puisse mettre en péril la solvabilité du système selon l'adage du « trop d'assurance tue l'assurance ». Ce mode de pensée justifie à première vue de limiter l'assurance et donc de laisser un reste à charge à l'assuré. En France, la persistance du ticket modérateur tire son essence de ces constatations.

Cependant, une autre observation, et qui n'est pas des moindres, s'impose. Si l'assurance santé augmente les dépenses de santé, est-ce que l'assurance santé augmente le niveau de santé ? En effet, force est de constater que ces théories font totalement fi de la qualité et de l'accès aux soins. D'ailleurs, si l'on pousse le raisonnement strictement économique de ces observations, le système le moins coûteux est sans conteste celui où l'assurance n'existe pas (18).

Or, l'existence de l'assurance santé n'est remise en cause par aucun économiste de la santé, pour la raison qu'il existe un consensus sur l'intérêt qu'elle apporte en termes de qualité des soins, d'accès aux soins et donc d'égalité. Dès lors, s'il est établi que l'assurance apporte un bienfait, il est légitime d'interroger l'intérêt des dépenses et considérer que celles-ci puissent apporter une amélioration de la santé.

A) LA CRITIQUE THÉORIQUE DE NYMAN : LA SURÉVALUATION DE LA PERTE DE SURPLUS

En 1999, John Nyman (19) vient, le premier, critiquer le modèle de Pauly qui s'est alors établi en quasi-consensus dans l'économie de la santé. Son travail part de la constatation que, selon cette théorie, si la perte de bien-être dépasse tant le gain dû à la réduction de l'incertitude, alors on comprend mal pourquoi les gens souscrivent à une assurance. Il va donc y rechercher des lacunes et constater qu'elle part du postulat selon lequel la consommation de soins est indépendante du revenu, or on observe empiriquement que la demande de soins augmente parallèlement au revenu (notamment dans l'étude de la RAND).

Nyman décompose donc l'aléa moral présenté par Pauly en deux composantes : l'effet prix (dépendant du prix des soins minoré par l'assurance) et l'effet revenu (dépendant de l'occurrence de la maladie et non du prix du soin). Autrement dit, l'effet prix est la réponse à la baisse relative du prix des soins du fait de l'assurance – l'assuré consomme plus car le soin est bon marché, voire gratuit – ce qui pourrait s'apparenter à un aléa moral délétère, tandis que l'effet revenu va permettre une dépense de santé plus importante chez les malades uniquement – ils consomment plus car ils bénéficient d'un revenu supplémentaire grâce à l'assurance lorsqu'ils tombent malades – ce qui serait à encourager (15). Selon son analyse, seul l'effet prix doit être pris en compte dans le calcul de la perte de surplus, car l'effet revenu rapporte à l'inverse des gains de surplus qui n'étaient pas décrits auparavant :

- l'assurance permet d'assumer une dépense de santé pour certains assurés qui n'aurait pas pu le faire en son absence (la dépense de santé courante des ménages les plus pauvres),

- l'assurance permet une dépense de soins qui était inaccessible, quelque fut le revenu (il prend en exemple un soin très coûteux, une transplantation d'organe, qui surpasse de loin l'ensemble des ressources que l'assuré pourrait accumuler à travers son revenu, son épargne, etc.) (20).

Au total, il calcule perte et gain de surplus comme suit :

- la perte de surplus surévaluée par la théorie économique de l'aléa moral car Pauly y a intégré l'effet revenu. En ne prenant en compte que l'effet prix, la perte de surplus représente au maximum 1/3 de celle calculée par ce dernier.

- le gain de surplus dû à la baisse de l'incertitude (comme vu dans la théorie économique de l'aléa moral, l'individu étant averse au risque).

- le gain de surplus dû au transfert de revenu en soins courants,

- le gain de surplus dû au fait de rendre accessibles les soins « inaccessibles ». Il multiplie par trois le gain de baisse de l'incertitude (cette incertitude n'existait pas auparavant car le soin était, quoiqu'il arrive, inaccessible).

En simplifiant grandement le modèle, on peut le rendre intelligible sans trop le trahir comme suit :

1/ Quand l'individu souscrit à une assurance, il obtient du bien-être car, s'il est celui sur lequel s'abat la maladie, l'assurance va payer pour lui. Son avenir n'est pas incertain.

2/ Aussi s'il lui arrive une maladie trop coûteuse pour n'importe quel individu, en l'absence d'assurance, il ne se « passe rien », l'individu ne peut pas se soigner, il évolue avec sa maladie. Par contre, avec une assurance, il bénéficie du traitement. Ce surplus est propre à l'assurance et

il n'existe pas en son absence. Sans assurance, il n'existait pas d'alternative, la fatalité s'est mue en diminution de l'incertitude.

3/ Quand un individu n'est pas malade, mais a souscrit une assurance, il perd du surplus. Si l'individu tombe malade il bénéficie des primes d'assurance des biens portants, son gain de surplus n'est pas égal à sa prime d'assurance, mais à l'ensemble des primes des biens portants qui auront permis de financer ses soins :

- une maladie touche 1 individu sur 10, et les soins pour cette maladie coûtent 100

- chaque individu possède 200

- au moment où ils ont payé la prime, il reste à chaque individu 190

- un individu sur 10 tombe malade, l'assurance lui verse 100 (les soins pour sa maladie)

- les 9 individus non malades sur 10 ont chacun perdu 10 de surplus

- l'individu malade a reçu 100, il a donc 290 dont 100 qu'il a investi dans les soins, il a gagné 90 de surplus

*- sur l'ensemble des assurés, la perte de bien-être est nulle ($-10 * 9 + 90 = 0$). C'est ce que décrit l'effet revenu, il opère comme un « transfert de revenu » des biens portants vers les malades, au travers de l'assurance, l'opération n'a pas d'effet sur le surplus.*

4/ Enfin on remarque dans l'exemple précédent que, lorsque le malade a payé ses soins médicaux, il lui reste toujours 190 (comme les biens portants) qu'il peut affecter à d'autres biens de consommation et en tirer de nouveau de surplus. L'effet revenu lui a permis de maintenir son surplus secondaire aux autres biens.

B) LES FONCTIONS DE DEMANDE ET DE BESOIN DANS LA CONSOMMATION DE SOINS

L'assuré a plus recours aux soins que le non-assuré, et il est difficile de penser qu'un assuré fasse une demande de soins pour un problème qu'il ne présente pas. Dans ce cas, l'augmentation de la quantité de soins observée avec l'assurance est juste le témoin du renoncement aux soins des non-assurés (soins qu'ils auraient jugés nécessaires, mais trop coûteux) (6). Ce raisonnement amène à critiquer l'utilisation d'une fonction de demande comme celle vue plus haut dans les travaux économiques au profit d'une fonction de besoin. En effet dans une telle fonction de demande, l'individu augmente sa demande du soin à mesure que le prix baisse, ce qui s'applique mal au monde de la santé, car le soin ne peut pas se capitaliser ou s'épargner, on imagine mal l'intérêt qu'aurait un individu à multiplier les consultations si le

motif lui manque, même si celles-ci sont gratuites. En revanche avec une fonction de besoin, l'individu consomme selon son besoin en soin et celui-ci n'est ni dépendant du prix, ni de l'assurance (là encore, on ne tombe pas plus malade selon le prix d'une consultation ou le fait de posséder une assurance santé). De ce point de vue, l'augmentation de la quantité de soins quand l'assurance augmente est justifiée, car elle contribue à une meilleure qualité des soins pour les assurés qui auraient renoncé en l'absence d'assurance.

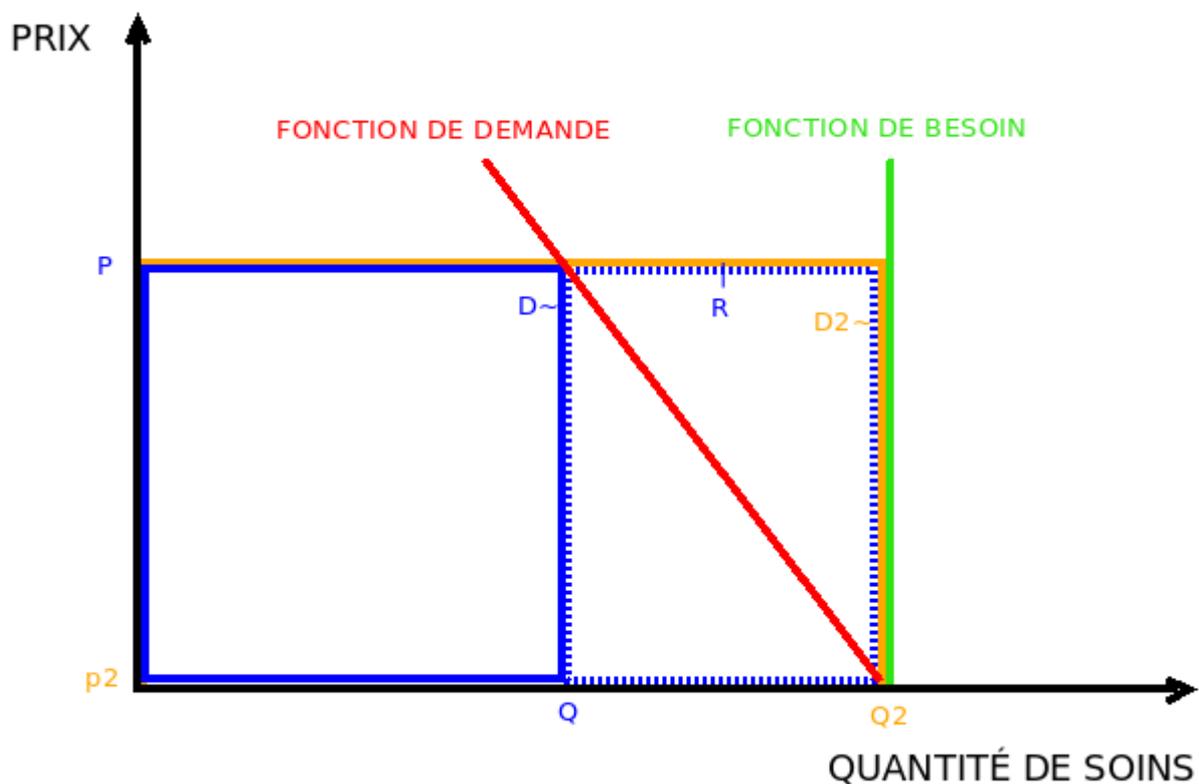


Figure 7 : Simplification graphique des fonctions de demande et de besoin

Sur le schéma, le rectangle R , qui représente la différence entre $D2$ et D peut être vu de deux façons selon que si l'on considère la fonction de demande, c'est alors une majoration de consommation qui répond à la gratuité, ou que si l'on considère la fonction de besoin, c'est alors l'expression du renoncement aux soins dans un système où l'assurance santé fait défaut.

Aussi, si l'on applique le même raisonnement à la théorie du consommateur et du surplus on obtient un nouveau schéma où la consommation de soin rapporte du surplus dans tous les cas, et qui fait écho à l'effet revenu que décrit Nyman :

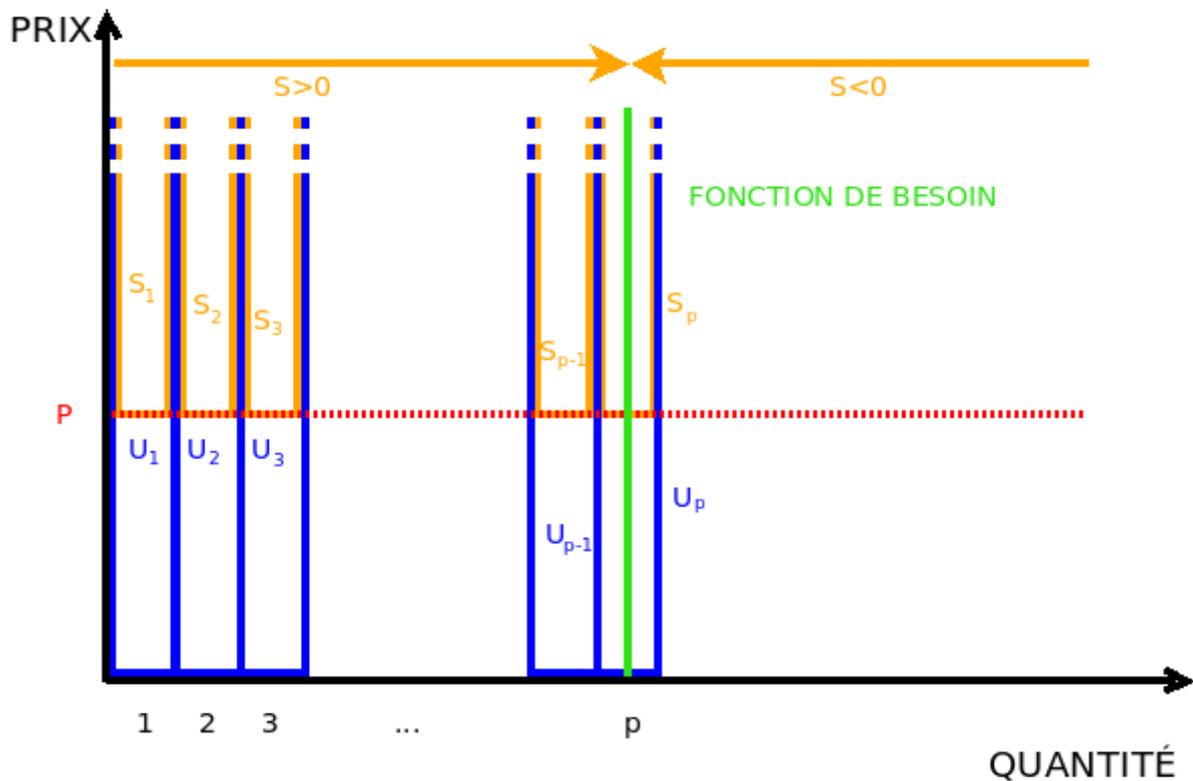


Figure 8 : théorie du surplus selon la fonction de besoin

En réalité, les fonctions de demande et de besoin traduisent graphiquement deux possibilités d'une multitude que compose l'élasticité-prix de la demande. Celle-ci est le reflet des variations de quantité consommée en réponse aux variations du prix selon l'équation :

$$\text{élasticité-prix de la demande} = \frac{\text{taux de variation de la demande}}{\text{taux de variation du prix}}$$

ou $\text{élasticité-prix} = \frac{\Delta \text{ demande}}{\Delta \text{ prix}}$

- pour la plupart des biens, quand le prix diminue, la demande augmente, l'élasticité-prix est donc négative (les variations sont de signes opposés, $\Delta \text{ demande} > 0$ et $\Delta \text{ prix} < 0$). C'est le cas de la fonction de demande que nous avons vue et c'est ce qui explique qu'elle soit décroissante.

- quand le prix influe peu sur la demande, $\Delta \text{ demande}$ se rapproche de zéro quel que soit la valeur de $\Delta \text{ prix}$. Dans ce cas l'élasticité-prix tend elle aussi vers zéro et, graphiquement, la pente de la fonction de demande se majore.

- à l'extrême, si le prix n'influe pas du tout sur la demande, $\Delta \text{ demande} = 0$ donc l'élasticité prix est nulle. Graphiquement, la fonction est verticale, c'est la fonction de besoin que nous avons vu plus haut. On dit alors que l'élasticité-prix est inélastique, la fonction de besoin est donc un cas particulier de fonction de demande (avec élasticité nulle).

- plus la variation de demande est forte en fonction du prix, Δ demande \gg Δ prix, plus la valeur absolue de l'élasticité-prix augmente (l'élasticité prix tend vers $-\infty$). Dans ce cas, la pente de la fonction de demande s'adoucit et tend vers l'horizontal. On dit de l'élasticité-prix qu'elle est très élastique.

- enfin, il existe certains biens pour lesquels l'augmentation du prix va faire augmenter la demande, Δ demande et Δ prix ont le même signe, l'élasticité-prix est positive.

Différents groupes de biens ont pu être formés en fonction de cette mesure et un ensemble de biens avec élasticité-prix voisines possède souvent des propriétés semblables. (21)

- les biens à élasticité-prix positive sont des biens de luxe à vocation de consumérisme ostentatoire (ex. : une voiture de luxe...),

- les biens à élasticité-prix négative et proche de zéro (de -0) sont souvent des biens indispensables ou vitaux, et pour lesquels il n'existe pas ou peu de substitut (ex. : un logement, un médicament vital...),

- les biens à élasticité-prix qui se rapproche de -1 sont des biens de consommation dont il est difficile de se passer, mais pour lesquels il existe des substituts (une voiture ou l'essence que l'on met à l'intérieur du réservoir...),

- les biens à élasticité-prix inférieure à -1 sont des biens de consommation le plus souvent non indispensables et/ou facilement substituables (produits de la mode...).

Nous constatons, à la lumière de ces éclairages, que l'élasticité-prix du soin dans son ensemble ne se traduit ni par la fonction de demande, ni par la fonction de besoin que nous avons vues plus haut, mais par un intermédiaire entre ces deux fonctions. Les soins vitaux font tendre la pente vers la verticale (inélastique) tandis que les soins de « confort » maintiennent l'élasticité prix à distance du zéro. Il est cependant légitime de penser que l'élasticité-prix observée traduise une augmentation de la qualité du soin.

Un anti-douleur est rarement vital dans le soin, mais contribue au confort du patient. Il pourrait s'en passer (notamment s'il coûte cher) mais le fait d'y avoir accès augmente la qualité de vie et donc la qualité du soin. Dans ce cas, l'élasticité-prix reflète une augmentation de consommation qui apparaît souhaitable.

C) L'AUGMENTATION DU PRIX DES SOINS EST-ELLE DÉLÉTÈRE ?

Nous avons vu que le prix du soin augmente avec l'assurance, car celle-ci permet de ramener certains soins trop coûteux sans assurance à un prix abordable pour les assurés. Ce cas de figure peut s'illustrer de nombreuses manières :

- un assuré présente une maladie pour laquelle on connaît deux traitements A et B, où A est un traitement bon marché, mais qui expose à un effet secondaire dans la moitié des cas, et B est un traitement plus cher sans effets secondaires. Utiliser le traitement B entraîne un coût supplémentaire, mais une amélioration de la sécurité pour cet assuré. Ramené à l'ensemble des assurés ce surcoût est justifié par l'amélioration de l'état de santé de la population.

- un assuré présente une maladie pour laquelle on connaît deux traitements C et D, équivalents en tous points exceptés le prix et les modalités de prise du médicament. C est bon marché et se prend cinq fois par jour, D est cher, mais ne se prend qu'une seule fois par jour. Le surcoût est plus discutable mais peut améliorer l'observance et donc l'état de santé du patient. La justification du surcoût dépend de la balance entre son étendue et l'amélioration apportée.

- un assuré présente une maladie très grave qui nécessite des soins trop coûteux pour un individu seul (aussi riche soit-il). Si l'assurance lui permet de bénéficier de ces soins qu'il n'aurait jamais pu s'offrir, le surcoût engagé se justifie par l'amélioration de la qualité de la santé.

- un assuré consulte un médecin qui pratique des dépassements d'honoraires et bénéficie de la même qualité de consultation qu'un médecin conventionné secteur 1. Dans ce cas, le surcoût engagé par l'assurance ne contribue pas à l'amélioration de l'état de santé, il peut apparaître injustifié car non nécessaire.

Au sein de ces quelques exemples, non exhaustifs, on voit que l'augmentation de la dépense secondaire à l'augmentation de l'assurance peut être en lien avec une augmentation de la qualité de soin, mais aussi à une baisse de la recherche du meilleur rapport « qualité-prix » ou de l'incitation financière pour une qualité équivalente (6).

D) LES SOINS UTILES ET INUTILES : LE POUVOIR DE L'ASSURÉ ET L'INFLUENCE DU PRESTATAIRE

Pour expliquer la différence de quantité de soin observée en fonction de l'assurance, deux visions se font face, les uns la présentent comme le renoncement dû au reste à charge, les autres comme une consommation superflue ou inutile (16,22). En ce sens, certains courants de pensée opposent deux types de soins, les soins utiles et les soins inutiles, les premiers justifiant leur coût au contraire des seconds qui devraient donc rester à la charge de l'assuré. L'assuré responsable ne consomme que des soins utiles, et renonce aux soins inutiles. En d'autres mots, il ne cherche pas à tirer un avantage personnel de l'assurance.

À proprement parler, la responsabilisation d'un assuré résulte de sa prise de conscience du bien commun et des enjeux du financement de l'assurance. La modification du comportement d'un assuré du fait qu'il présente un reste à charge est une (dés-)incitation financière. L'individu n'a pas acquis de nouvelles compétences en responsabilité, il n'est donc pas « responsabilisé », mais seulement moins assuré.

On peut essayer de classer les recours aux soins de la même manière, en prenant l'exemple d'une consultation de médecine générale (souvent le premier des recours, recours sur lequel le patient a un pouvoir : consulter ou ne pas consulter) :

Un patient tousse :

- il est atteint d'une pharyngite, la consultation se conclut par l'attente de la guérison sans traitement. A priori, ce recours est inutile car il ne modifie pas l'état de santé du patient, on serait tenté de ne pas l'assurer.

- il est atteint d'une pneumopathie, la consultation aboutit à la prescription d'un antibiotique qui amène le patient à guérir. Le recours est utile car il améliore l'état de santé du patient, et justifie donc une prise en charge par l'assurance.

Or, si un patient consulte parce qu'il tousse, c'est d'abord pour savoir de quelle maladie il est atteint et la distinction entre utilité ou inutilité dans cette situation apparaît à la fin de la consultation. De ce point de vue, le recours est dans les deux cas utile car il donne une réponse à l'incertitude du patient.

Si l'on décide de prendre en charge certains soins jugés utiles et pas ceux jugés inutiles, il est nécessaire que l'assuré soit en mesure de distinguer les deux (l'individu responsable vu plus haut). Cette hypothèse ne se vérifie pas dans les faits et on observe que, quand un assuré réduit

sa consommation du fait d'une réduction de l'assurance, celle-ci concerne aussi bien les soins jugés utiles qu'inutiles par les experts (7,18,23,24) et pourrait diminuer la qualité du soin (augmenter la mortalité ou les complications coûteuses (23)). De toute évidence, le patient n'est pas professionnel de santé, c'est d'ailleurs pour ça qu'il le consulte.

Aussi l'exemple de la consultation est assez représentatif en France, car le parcours de soins verrouille les prescriptions médicamenteuses et biologiques, les avis et actes médicaux et paramédicaux... La prise en charge de la plupart des soins est soumise à un avis médical et donc il est difficile pour un patient, excepté par la fraude, de recourir à une consommation inutile. La distinction entre soins utiles ou inutiles est donc le travail du professionnel de santé, pas celui de l'assuré. La marge de manœuvre de celui-ci se cantonnant à la consultation de son médecin traitant.

En l'état, il apparaît important de dire un mot sur l'influence du prestataire qui peut lui aussi profiter de l'assurance (6,8) :

- un médecin peut choisir de faire consulter de nouveau un patient, sans que cela ait d'intérêt et ainsi augmenter ses gains. S'il bénéficie d'une assurance importante, le patient est incité à revenir vers le médecin (il n'a pas le savoir suffisant pour juger du bien-fondé de la consultation, et il est moins freiné par la dépense engagée).

- un prestataire tire financièrement un intérêt à proposer des tarifs équivalents au maximum du remboursement par l'assurance, même si sa prestation vaut moins (l'assuré ne supporte pas le surcoût, et de nouveau entraîne une dépense supplémentaire de l'assurance). Cette pratique est décrite dans le cadre des prothèses dentaires, dispositifs optiques ou certains dépassements d'honoraires.

- un prestataire ayant deux possibilités de traitement peut, à travail égal, orienter le patient vers celle qui lui rapporte le plus.

Dans ces quelques exemples, l'augmentation de la dépense du fait de l'assurance résulte plus du comportement du prestataire de soins que de celui de l'assuré. Il est illusoire de penser qu'un assuré ayant recours aux soins connaisse par avance les possibilités thérapeutiques et leur efficacité. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il a recours au prestataire. La possibilité pour le prestataire de tirer un avantage de la couverture de l'assuré est en partie due à cette asymétrie de savoir sur le sujet. On nomme ce phénomène demande induite et celui-ci vient relativiser la place de l'aléa moral secondaire au comportement du patient.

Les surcoûts engagés ici résultent bien d'une augmentation de l'assurance, cependant c'est le comportement du prestataire qui y est pour beaucoup. Les moyens pour lutter contre ces

comportements sont un contrôle des tarifs de chaque prestation (comme c'est le cas avec un médecin conventionné secteur 1), ou une rémunération indépendante des actes et l'éthique du prestataire, en revanche, la baisse de la couverture d'assurance à tout d'une « punition injuste ».

E) LES RESSOURCES FINANCIÈRES INDIVIDUELLES SUFFISENT-ELLES À ASSUMER LA DÉPENSE ?

La théorie économique de l'aléa moral met de côté deux aspects importants de l'assurance santé. Premièrement, elle définit les individus comme capables de prédire la maladie. En effet, pour qu'un individu prévoie que, pour une certaine maladie, il engagerait une dépense D qu'il est d'accord de donner à l'assurance, encore faut-il qu'il sache son risque d'être atteint par cette maladie et ce qu'elle lui coûterait en termes de « capital santé ». Pour estimer la dépense totale qu'il est prêt à engager (et donc à donner à l'assurance), l'assuré doit réitérer le calcul pour chaque maladie, ce qui est tout bonnement impossible. L'approximation la plus pertinente s'obtiendra sur la moyenne des dépenses des individus comparables, mais ne le met pas à l'abri d'un besoin plus important car par définition, la maladie est aléatoire et imprévisible.

Deuxièmement, dans ce modèle, on suppose que chaque individu possède le même revenu, ou en tout cas des revenus suffisants pour assumer toutes les dépenses de santé qui lui incombent (10). L'assurance permet aux malades d'assumer leurs dépenses grâce aux primes des non-malades, et, en réalité, les assurés les plus pauvres ne peuvent pas assumer toutes leurs dépenses de santé courantes. Le modèle de Pauly laisse donc de côté ces assurés. Aussi, il élude les soins qui sont trop coûteux pour un individu, aussi riche soit-il, et auxquels l'assurance permet d'accéder, comme vu avec Nyman plus haut (20), et ce dernier abouti à un résultat où le bien-être rapporté par « l'accès aux soins autrement inaccessibles » excède la perte de surplus de l'aléa moral.

Enfin, la théorie économique de l'aléa moral présente l'individu comme individualiste (il cherche à maximiser son surplus personnel et rien d'autre). Non qu'il faille considérer l'individu comme 100 % altruiste, on est tout de même en droit de penser que la solidarité puisse exister et que la cohésion sociale et la propriété d'un bien commun qui en découlent puissent rapporter un gain de « bien-être » social.

F) LE COÛT DE L'ASSURANCE ET SES BÉNÉFICES INDIRECTS

Si l'augmentation des dépenses contribue à l'augmentation de la qualité du soin, alors il est possible que son coût soit surévalué (25,26). L'étude des coûts d'un système à un instant précis sans évaluation à long terme rend déficitaire tout projet de prévention.

*Subventionner un traitement par aspirine pour tous les assurés ayant présenté un accident vasculaire cérébral (AVC), coûte 2€ par mois et par patient traité (n). À cet instant, l'analyse des dépenses retrouve un coût mensuel de $n*2€$. Or l'aspirine augmente la qualité du soin en diminuant le risque de récurrence (à hauteur d'une mort ou récurrence avec séquelles entraînant la dépendance évitée pour 100 personnes recevant le traitement pendant 6 mois), le vrai coût est finalement :*

$$2*n*6 - (n/100)*\text{coût de récurrence}$$

En résolvant l'équation, on s'aperçoit que si le coût de la récurrence est supérieur à 1200€ (et il l'est dès la première journée d'hospitalisation), la subvention de l'aspirine est un investissement économique intéressant.

Aussi, on peut s'interroger sur les bénéfices indirects secondaires à certains coûts car, si l'assurance contribue à maintenir les assurés en bonne santé, on peut penser que ceux-ci présenteront moins d'absentéisme au travail, moins d'invalidité, etc, et seraient donc créateurs de valeurs économiques qui peuvent relativiser le coût de l'assurance dans un budget plus global. En d'autres mots, l'augmentation de l'assurance pourrait être un investissement économique sur le long terme.

I.3] CONCLUSION

À l'issue de notre analyse, les principaux éléments que l'on peut mettre en exergue sont, sans nul doute, une augmentation de la dépense de santé en situation d'assurance et à mesure qu'elle augmente, et parallèlement des effets sur la qualité et l'accès aux soins. En effet, l'assurance permet l'accès aux soins inaccessibles, car trop coûteux pour un individu seul, mais aussi l'accès aux soins courants (modérément coûteux) pour les populations les plus pauvres.

En revanche, il est impossible de conclure que l'assurance, à partir d'un certain niveau, n'a plus d'effet sur l'état de santé. Par conséquent, laisser une part des dépenses de santé à la charge de l'assuré pour limiter sa consommation n'est pas nécessairement synonyme de

meilleure orientation de la dépense de santé, cette discrimination étant en grande partie l'affaire du professionnel de santé. Dans le même temps, affirmer comme le fait Pauly, qu'une d'assurance trop couvrante représente une perte de surplus global pour l'économie, au motif qu'elle réduirait la part du budget allouée aux autres biens de consommation, eux aussi source de surplus, semble tout à fait discutable. En effet, la dépense engagée dans l'assurance santé, si elle peut sembler « perdue » pour certains (ceux qui n'ont pas besoin de soin), profite à d'autres en limitant le renoncement (en particulier des plus pauvres), et à la société en permettant au système de santé de produire des soins de meilleure qualité, curatifs comme préventifs. Pour cette raison, si perte de surplus il y a, elle est indubitablement plus marginale que ce qu'en dit la théorie.

La théorie économique de l'aléa moral trouve sa faiblesse dans des hypothèses de départ discutables. En ne considérant pas explicitement le fait que certains assurés ne puissent assumer une dépense de santé courante, ni celui qu'une dépense de santé puisse dépasser de loin la capacité d'un seul assuré, elle peut affirmer que les soins engagés en l'absence d'assurance sont la norme, et établir du même coup toute surconsommation, en situation d'assurance plus généreuse, comme superflue.

Or si l'on veut respecter notre postulat d'égalité d'accès aux soins, on constate que la société, parce qu'il y existe des individus sans revenus, et la médecine, parce qu'elle produit des soins très coûteux, viennent s'opposer aux hypothèses de départ et, du même coup, remettre en cause la validité des conclusions de la théorie de Pauly. Pourtant, ce travail qui fête ses cinquante ans reste la théorie dominante en économie de la santé, alors que l'apport de Nyman sur la prise en compte de l'effet revenu et l'accessibilité aux soins très coûteux reste très peu pris en compte (15,16).

Force est de constater que la France ne déroge pas à la règle en suivant l'analyse dominante, bien que très controversée. Sous son couvert, les politiques de santé maintiennent l'organisation du reste à charge, en dépit d'une justification fragile, et au mépris de l'accès aux soins qu'il pénalise. À la lumière de ces éclairages, on peut donc penser que, plutôt que de permettre une orientation plus efficace de la dépense, le ticket modérateur s'apparenterait plus à un moyen de la privatiser.

II . LE TICKET MODÉRATEUR EN FRANCE

Le reste à charge visant à réduire la consommation de soins de l'assuré s'organise, en France, autour du ticket modérateur (celui-ci représentant la majorité du RAC de la dépense reconnue (c'est-à-dire, de la « base remboursable », cf. infra), les effets des franchises médicales, participations forfaitaires et forfaits hospitaliers étant bien plus marginaux).

Ici, après quelques définitions et un bref rappel historique des politiques de santé relatives au reste à charge, nous nous intéresserons à l'étendue du ticket modérateur et sa mise en œuvre dans le contexte français pour procéder enfin à une analyse critique de ses implications et conséquences.

II.1] DÉFINITIONS

La base de remboursement de la sécurité sociale (BRSS) est le montant d'un acte ou d'un traitement qui constitue la « base remboursable » et sert donc de base de calcul des remboursements de l'assuré. Elle est fixée par la convention médicale, négociée et signée par l'assurance maladie (AM) et les syndicats représentatifs des médecins libéraux.

Lors d'une dépense de santé, le ticket modérateur (TM) représente la partie des frais de santé restant à la charge de l'assuré lorsque l'assurance maladie a remboursé sa part. Il s'exprime en un pourcentage de la BRSS, défini par le législateur dans le code de la sécurité sociale. Il varie selon la nature du soin (type d'acte ou de traitement), la nature du risque, le positionnement dans le parcours de soin (respect ou non).

La dépense de santé est parfois différente de la BRSS, dans le cas de dépassement d'honoraires (cas d'un médecin exerçant en secteur 2 et opérant des dépassements d'honoraires) ou de dépassement de frais (exemple des frais dentaires ou optiques, dans lesquels la BRSS ne couvre fréquemment que partiellement les frais du soin). En cas de dépassement d'honoraires, le dépassement (montant excédant la BRSS) ne modifie pas le TM ni le calcul de la part du remboursement par l'AM, et vient s'ajouter au reste à charge (RAC) sans modifier les autres données.

La participation forfaitaire de 1€ (sur les consultations médicales, actes d'imagerie et analyses de biologie médicale) et la franchise médicale (sur les médicaments, actes paramédicaux et transports) sont retranchées sur le montant de remboursement opéré par l'assurance maladie et sont exclues de facto du montant du TM. Elles ne sont pas remboursables par les mutuelles.

Aussi, on parle parfois de copaiement pour définir le RAC de l'assuré dans le cadre de la dépense remboursable (ou dépense reconnue). Le copaiement regroupe donc le TM, la participation forfaitaire, la franchise médicale, le forfait hospitalier... Mais il n'inclut pas les dépassements d'honoraires ou de frais.

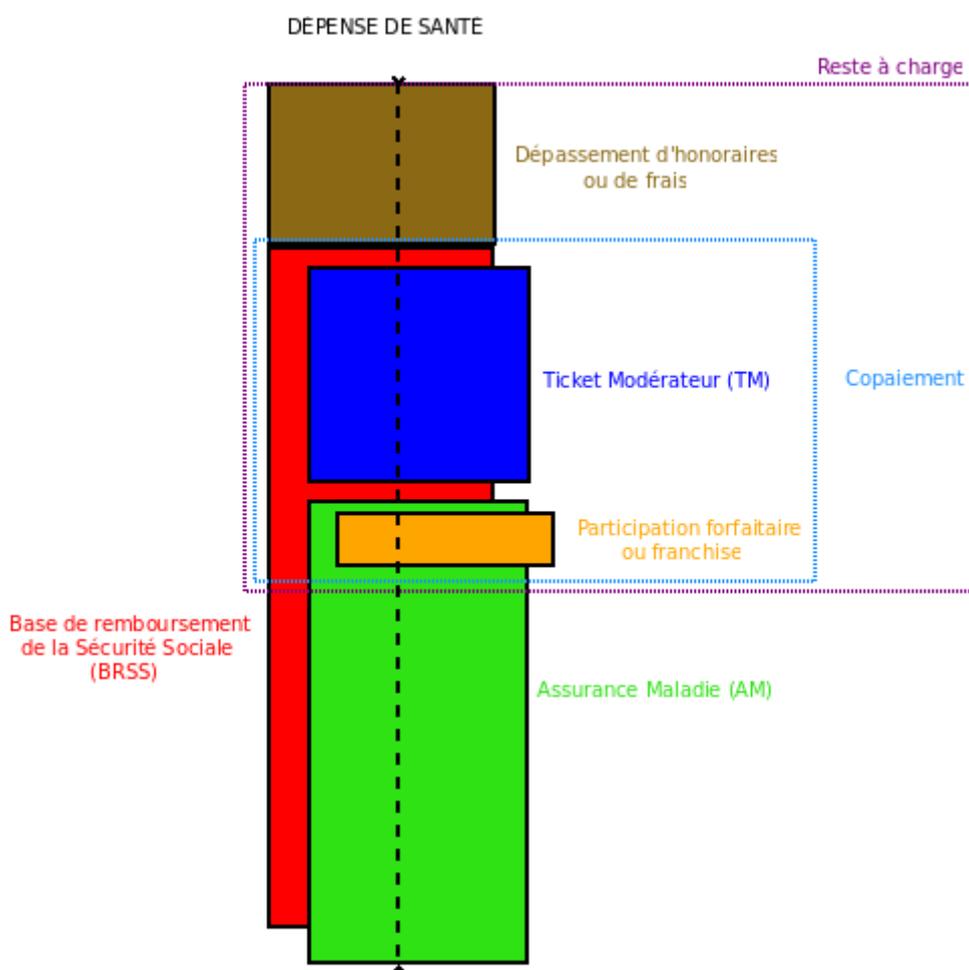


Figure 9 : Les différentes composantes d'une dépense de santé

Pour exemple, lors d'une consultation chez un médecin généraliste traitant (BRSS 25€ et TM 30%), et dont l'acte conventionné réalisé est rémunéré 25€, la part de remboursement par l'assurance maladie est de 70 % (donc 17,50€, auxquels seront retranchés 1€ de participation

forfaitaire) et la part du ticket modérateur s'élève à 30 % (soit 7,50€). On peut décomposer le remboursement de la manière suivante : l'assuré se voit remboursé de 16,50€ par l'AM, et présente un RAC, équivalent au copaiement, de 8,50€, dont 1€ de participation forfaitaire et 7,50€ de TM.

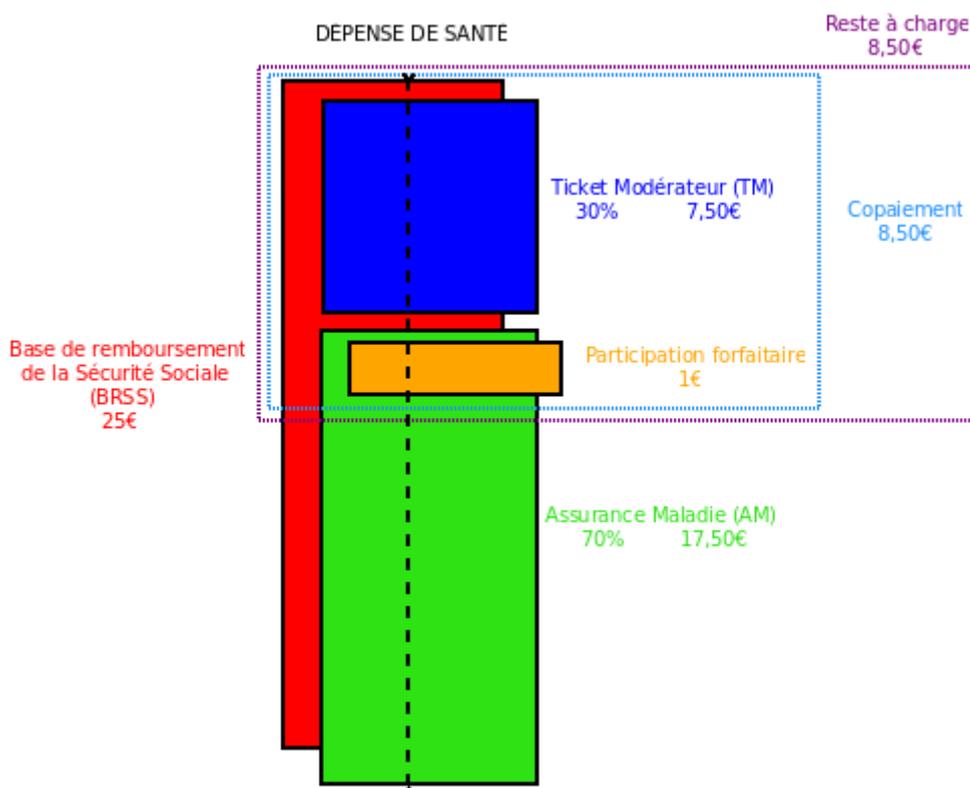


Figure 10 : dépense chez un médecin généraliste conventionné secteur 1

Dans un nouvel exemple de médecin conventionné secteur 2 facturant une consultation 30€ (ce qui correspond à un dépassement d'honoraires de 5€), l'assuré se verra remboursé de 16,50€ par l'AM et présentera un RAC de 13,50€ (7,50€ de TM, 1€ de participation forfaitaire et 5€ de dépassement d'honoraires). De nouveau, le copaiement est de 8,50€.

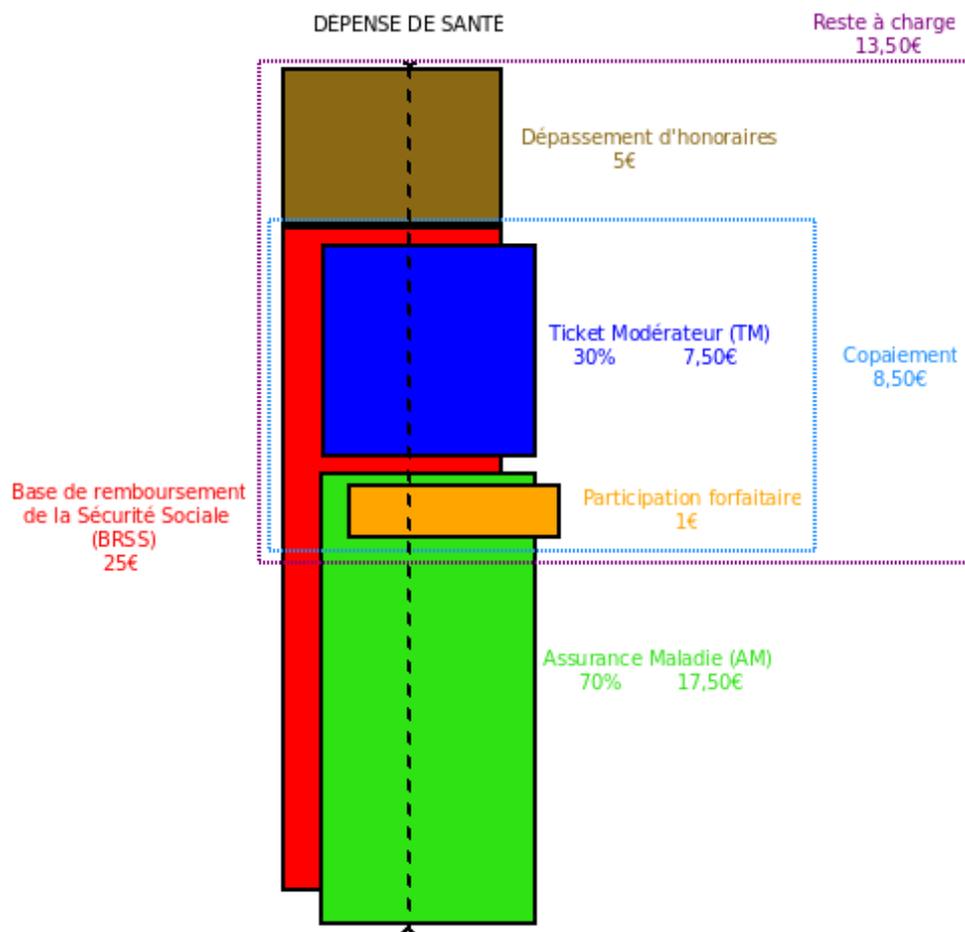


Figure 11 : dépense chez un médecin pratiquant des dépassements d'honoraires

Il arrive que la BRSS ne couvre pas du tout l'étendue de la dépense de santé, notamment dans le cas des dépassements de frais, voici un exemple du remboursement d'une paire de lunettes dans le cadre d'une myopie simple :

La monture (BRSS 2,84€ et TM 40%) et les verres (BRSS 2,29€ chacun et TM 40%) sont, au total, facturés 200€ à l'assuré par l'opticien. Le montant du remboursement effectué par l'AM est de 4,45€, la part du TM est de 2,97€, le dépassement de frais est de 192,58€.

Dans cet exemple, le montant du TM et du copaiement se confond (il n'existe pas d'autre type de copaiement que le TM) et le RAC de l'assuré s'élève à 192,58€ (incluant TM et dépassement de frais).

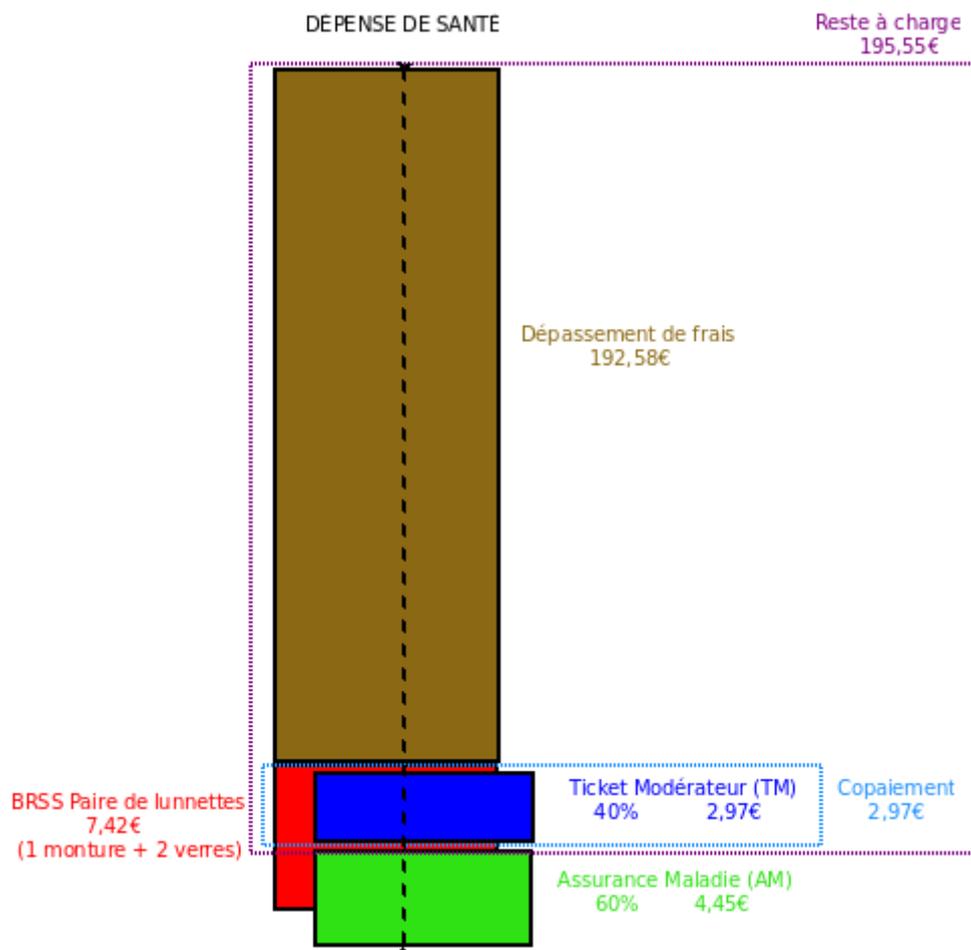


Figure 12 : dépense pour une paire de lunettes

II.2] HISTORIQUE

Le terme « ticket modérateur » (27) est hérité d'une mesure ayant cours entre 1928 et 1930 où l'assuré bénéficie de « ticket » de visite à remettre au médecin le dispensant de l'avance de certains frais, le médecin présentant ensuite ce même ticket à la caisse d'assurance qui joue alors le rôle de tiers payant.

À la création des assurances obligatoires, en 1930, le ticket permettant le tiers payant est abandonné, mais le terme « ticket modérateur » perdure et adopte la définition que nous en avons aujourd'hui. Comme son nom le laisse supposer, cette mesure vise à modérer la consommation de soins en faisant participer l'assuré à ses frais de santé. Son but est donc de « responsabiliser » l'assuré, et faire diminuer du même coup les dépenses de santé prises en charge par la

communauté au titre de l'assurance sociale. Il est, dès sa mise en place, défini comme un pourcentage (15 à 20%, puis 20% en 1935) de la dépense de santé reconnue par l'assurance maladie.

Avec l'organisation de la sécurité sociale par les ordonnances d'octobre 1945 apparaît le statut d'affection longue durée (ALD). Ainsi les assurés nécessitant des soins coûteux et/ou réguliers, pénalisant financièrement les plus malades, peuvent être exonérés du ticket modérateur. C'est ensuite le cas pour les bénéficiaires d'une rente accident du travail (1949).

En 1967, la loi prévoit une modulation du ticket modérateur selon la prestation, il est notamment diminué ou supprimé pour certains frais d'hospitalisation. Parallèlement, le taux du TM augmente légèrement pour s'établir aux alentours de 30%.

Le 2 janvier 1978, la loi élargit le champ d'affiliation de l'assurance maladie. Jusqu'alors, seuls les cotisants sont assurés (ainsi que leurs ayants droit), l'assurance est donc fortement liée à l'activité professionnelle. Avec cette loi, l'affiliation s'étend à toutes les personnes résidant sur le territoire français. Les cotisations des assurés sans revenus (et donc incapables de les payer) sont financées par un fonds d'aide.

Dans le même temps, les sociétés mutualistes à l'origine des premières assurances se voient privées en partie de leur raison d'être par la sécurité sociale qui regroupe de plus en plus d'assurés. Certains de ces organismes, rejoints par les sociétés d'assurance et de prévoyance, vont proposer des assurances complémentaires visant à prendre en charge la part du ticket modérateur. Cette disposition est d'abord réglementée, notamment par un décret de 1980 qui définit le ticket modérateur d'ordre social (l'assuré doit garder à sa charge, hors assurance complémentaire, 20% de la dépense de santé), abandonné en 1981.

Les exonérations du ticket modérateur se précisent avec la création des soins « sans rapport avec l'ALD » (donc non exonérés) en 1986, puis celle de l'ALD hors liste en 1988.

La Couverture Maladie Universelle (CMU) s'applique à partir de 2000, et vient, dans son versant CMU base (assurance publique qui couvre la part AM vue plus haut), consacrer la loi de 1978 relatif à la couverture de tous les résidents stables et réguliers (elle devient en 2016, la Protection Universelle Maladie (PUMa)). La partie CMU complémentaire (CMU-C) apporte une couverture complémentaire gratuite, sur conditions de revenus pour les personnes les plus démunies. Pour limiter l'effet seuil dû à ces conditions de revenus, il est ajouté en 2004 un nouvel échelon, l'Aide à l'acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS), pour les personnes non éligibles à la CMU-C du fait de leurs revenus, mais dont ceux-ci ne dépassent pas un

nouveau seuil (de 35 % supérieur). Les assurés éligibles à l'ACS recevront un financement partiel de leur complémentaire.

Entre 2005 et 2008 apparaissent les franchises médicales et participations forfaitaires, non remboursables par les mutuelles, ainsi qu'un ticket modérateur forfaitaire de 18€ pour les actes les plus coûteux (supérieur à 120€) puis en 2010 un forfait hospitalier de 18€ par journée d'hospitalisation (20€ depuis 2018).

En 2012, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie perd son monopole sur la fixation du taux de participation de l'assuré à ses dépenses de santé, au profit du gouvernement qui fixe dorénavant une fourchette pour le taux de ticket modérateur.

Enfin, au 1^{er} janvier 2016, la souscription à une complémentaire santé collective pour les travailleurs salariés, et financée de moitié par l'employeur, est rendue obligatoire (au travers de l'accord national interprofessionnel de 2013).

II.3] LES TAUX DE TICKET MODÉRATEUR EN FRANCE

Comme nous l'avons vu plus haut, le ticket modérateur est défini comme un pourcentage du tarif conventionnel. Il est fixé pour chaque type de soin mais varie d'un soin à l'autre comme suit :

	TR	TM
Honoraires		
Honoraires des praticiens : médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes (3)	70 %	30 %
Honoraires des auxiliaires médicaux : infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues (3)	60 %	40 %
Analyses et examens de laboratoire		
Actes en B (actes de biologie)	60 %	40 %
Actes en P (actes d'anatomie et de cytologie pathologiques)	70 %	30 %
Prélèvements effectués par les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes	70 %	30 %
Prélèvements effectués par les directeurs de laboratoire non médecins, les auxiliaires médicaux, les auxiliaires de laboratoire non infirmiers	60 %	40 %
Frais d'analyse et d'examen de laboratoire relatifs au dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C	100 %	-
Médicaments		
Médicaments reconnus comme irremplaçables et particulièrement coûteux	100 %	-
Médicaments à service médical rendu majeur ou important	65 %	35 %
Médicaments à service médical rendu modéré	30 %	70 %
Médicaments à service médical faible	15 %	85 %
Préparations magistrales (PMR)	65 %	35 %
Préparations magistrales à base de spécialités déconditionnées ayant un taux de prise en charge à 30 % (PM4)	30 %	70 %
Médicaments homéopathiques et préparations magistrales homéopathiques (PMH)	30 %	70 %
Autres frais médicaux		
Optique	60 %	40 %
Prothèses auditives	60 %	40 %
Pansements, accessoires, petit appareillage	60 %	40 %
Orthopédie	60 %	40 %
Grand appareillage (prothèses oculaires et faciales, ortho-prothèses, véhicules pour handicapé physique)	100 %	-
Produits d'origine humaine (sang, lait, sperme)	100 %	-
Frais de transport		
	65 %	35 %
Cure thermique		
Honoraires médicaux (forfait de surveillance médicale, pratiques médicales complémentaires)	70 %	30 %
Frais d'hydrothérapie	65 %	35 %
Frais d'hébergement, frais de transport	65 %	35 %
Cure thermique avec hospitalisation		
	80 %	20 %
Hospitalisation (à l'hôpital ou en clinique privée conventionnée)		
Frais d'hospitalisation (4)	80 %	20 %
Transfert d'un établissement hospitalier vers un autre établissement hospitalier, sauf maison de retraite ou de convalescence	100 %	-

Figure 13: Taux de remboursement (TR) et ticket modérateur (TM) des actes et soins médicaux pris en charge par l'assurance maladie (source ameli.fr, à compter du 02/05/2011, mis à jour au 31/01/2018)

Le TM peut être majoré dans certaines situations en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés. C'est le cas pour les assurés n'ayant pas déclaré de médecin traitant, ou ceux consultant un autre médecin généraliste (hors consultation en urgence, à distance de son lieu de résidence habituel...) ou spécialiste sans y avoir été adressés par leur médecin traitant (hors psychiatre, gynécologue...). Dans ce cas le ticket modérateur s'élève à 70 % de la BRSS.

La participation de l'assuré à hauteur d'un pourcentage de la dépense engagée soulève deux problèmes. Le reste à charge d'un assuré augmente à mesure qu'il consomme, et ne prend pas en compte ses possibilités de financement.

En effet, si le ticket modérateur est un pourcentage, il accumule des restes à charge pour les assurés ayant les dépenses les plus fortes. Les plus malades ayant plus recours aux soins et donc à la dépense de santé, devront s'acquitter d'un RAC plus important. Le TM, en ce sens, pénalise les plus malades.

Aussi, le TM étant fixé sur le tarif des soins, et donc indépendant des revenus, a un impact plus marqué chez les assurés à faibles revenus que chez ceux ayant les revenus les plus élevés. Proportionnellement aux revenus, le reste à charge organisé par le ticket modérateur pénalise donc les assurés aux revenus les plus modestes.

II.4] LA RÉDUCTION DES INÉGALITÉS

Afin de réduire les inégalités d'accès aux soins véhiculées par le ticket modérateur, des exonérations ont été instaurées par le législateur, et la mutualité s'est emparée de ce champ laissé libre par l'assurance maladie en développant l'assurance complémentaire.

A) LES EXONÉRATIONS DU TICKET MODÉRATEUR

Les exonérations du ticket modérateur sont nombreuses et variées. De manière non exhaustive, on peut citer :

- l'affection longue durée, ou ALD, où l'exonération vise les assurés susceptibles d'engager des dépenses de santé très coûteuses et/ou fréquentes du fait d'une maladie (diabète, démences, cancer...). En revanche, un assuré bénéficiant d'une ALD et consultant pour un problème de santé sans rapport avec celle-ci devra dans ce cas s'acquitter du ticket modérateur.

- la grossesse, où l'exonération intervient quel que soit le motif de consultation à partir du 6ème mois de grossesse.

- de même les dépenses de santé engagées dans le premier mois de vie pour un nouveau-né, quel qu'en soit le motif, puis les dépenses de soins relatives à la surveillance du développement de l'enfant jusqu'à ses 6 ans.

- la dépense relative aux analyses de dépistage des infections par le VIH et l'hépatite C.

- la contraception des mineures de plus de 15 ans.
- les dépenses de santé liées à un accident du travail ou une maladie professionnelle
- la prise en charge des dépenses de santé engagées dans les interruptions volontaires de grossesse (IVG)
- ...

Comme on le voit, les exonérations concernent aussi bien des populations que des maladies ou des types de soins, et peuvent être temporaires ou permanentes. Ainsi, chez les assurés pour lesquels la dépense de soins sera prise en charge à 100 % par l'assurance maladie, elles permettent de limiter l'accumulation du reste à charge (notamment pour les ALD qui diminuent la probabilité d'une faillite personnelle), de diminuer la probabilité de renoncer aux soins (les mineures n'ont pas forcément de moyens financiers à dédier à la contraception alors qu'elles peuvent en faire le souhait) et de prévenir des dépenses ultérieures coûteuses (la contraception gratuite peut diminuer le nombre d'IVG, le dépistage gratuit des infections sexuellement transmissibles (IST) peut limiter leurs transmissions).

B) LES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ

i - Les assurances complémentaires privées

Certains assurés peuvent cependant présenter des dépenses de santé importantes et qui ne rentrent pas dans le cadre de ces exonérations (certains cas d'hospitalisation sans actes coûteux notamment). Le monde de la mutualité, à la création de la sécurité sociale puis à mesure que l'assurance maladie obligatoire (AMO) concernait jusqu'à l'ensemble des assurés français, s'est progressivement orientée vers l'assurance de ce risque financier induit par le reste à charge. À travers la PUMa, l'AMO, en proposant une assurance à tous, réduit le risque financier de la santé à la proportion du reste à charge. Une grande partie du reste à charge découlant du ticket modérateur, on peut considérer que le pourcentage du TM est corrélé à la probabilité du risque financier de la santé.

Si le ticket modérateur est de 50 %, et qu'un assuré peut, en moyenne, dépenser 1 000€ de sa poche, le risque financier apparaît lorsque la dépense dépasse 2 000€. Le risque est donc aussi probable que la probabilité d'une dépense >2 000€.

Si le ticket modérateur est de 5 %, le risque financier n'apparaît qu'à partir d'une

dépense de 20 000€. La probabilité du risque diminue en même temps que le pourcentage du ticket modérateur a diminué.

Selon la lecture de la théorie économique de l'aléa moral, l'assuré ne pourra plus dépenser 1000€ car il en aura alloué une partie au financement de l'assurance, mais là n'est plus la question.

Selon les enquêtes sur la santé et la protection sociale (ESPS) de 2012 (28) et 2014 (29), respectivement 88,8 % puis 87,6 % des individus en France étaient couverts par une assurance santé complémentaire privée.

Les trois types d'organismes proposant ces couvertures complémentaires sont : (29,30)

- les mutuelles, régies par le code de la mutualité et qui regroupent 62 % des assurés cotisants à une assurance complémentaire
- les institutions de prévoyance, régies par le code de la sécurité sociale (14%)
- les sociétés d'assurance, régies par le code des assurances (24%)

Ces organismes peuvent proposer des assurances autres que celles destinées à la santé et il existe une forte hétérogénéité des assurances complémentaires au sein d'un même organisme. Les différents contrats peuvent être répartis selon la couverture qu'ils offrent (la typologie des contrats), on peut les classer schématiquement :

- les contrats de base ou d'« entrée de gamme » assurent généralement la couverture du ticket modérateur,
- les contrats suivants prennent en charge, partiellement voire totalement, les dépassements de frais les plus courants et pour lesquels la BRSS est déconnectée de la dépense moyenne effective (frais d'optique, de prothèse dentaire ou auditive...)
- les contrats les plus avantageux y ajoutent la prise en charge de dépassements d'honoraires, majorent le montant des dépassements de frais pris en charge, etc.

Aussi, à l'exception de certaines sociétés d'assurance minoritaires, la législation interdit aux organismes complémentaires de moduler leurs tarifs en fonction du risque de l'individu (deux individus en tous points comparables exceptés le fait que l'un des deux soit diabétique, devront s'acquitter d'une prime d'assurance complémentaire identique, bien que l'assuré diabétique aura statistiquement une dépense plus importante que son jumeau bien portant). Cependant la loi permet de fixer la prime selon l'âge de l'assuré, ce qui donne une approximation de son risque, et la majorité des contrats complémentaires suit cette logique. En l'état, et selon la volonté de l'assureur complémentaire, la prime d'un assuré de 20 ans se voit

doublée (majorité des mutuelles) voire quadruplée (majorité des sociétés d'assurance privée) lorsqu'il atteint les 75 ans (31,32).

En faisant fi de ces disparités, on constate que les organismes complémentaires viennent réduire les inégalités pour les assurés ne bénéficiant pas d'exonération du TM. En effet, la dépense est mutualisée entre malades et bien portants, et la part du reste à charge due au ticket modérateur pèse sur l'ensemble des assurés et non seulement les plus malades comme vu précédemment. En revanche la disparité des contrats, le financement forfaitaire des organismes complémentaires (chaque assuré paye une prime ou une cotisation fixe indépendante de ses revenus) et la tarification à l'âge soulèvent de nouveaux problèmes :

- l'assuré ayant un contrat de base a moins accès aux soins présentant des dépassements de frais ou d'honoraires (la part du reste à charge non due au ticket modérateur),

- l'assuré qui ne peut pas payer la prime d'assurance complémentaire ne peut pas en bénéficier,

- l'assuré plus âgé cotise plus, et donc indirectement, l'assuré plus malade cotise plus (et ce même si l'assuré âgé bien portant financera la dépense du sujet âgé plus malade) ce qui réduit la mutualisation des dépenses.

En ce sens, l'assurance complémentaire privée permet un transfert des frais de santé des malades vers les biens portants, mais n'annule pas les inégalités induites par le TM et qui portent sur les plus modestes.

ii - La couverture maladie universelle complémentaire

La CMU-C est une complémentaire santé gratuite octroyée aux résidents sur le sol français de manière stable et régulière et sur conditions de revenus (inférieur à 726,92€ mensuel en 2018, pour un foyer de 1 personne, 1090,42€ pour un foyer de 2 personnes sans enfant). Elle prend en charge l'intégralité du ticket modérateur (à l'instar des contrats complémentaires de base), interdit les dépassements d'honoraires, et offre un forfait CMU-C en supplément de la BRSS dans le cadre de certaines dépenses avec dépassement de frais (prise en charge des frais d'optique, de prothèse... plus importante que la BRSS), ce qui en fait une couverture complémentaire très avantageuse. Elle exonère aussi ses bénéficiaires des franchises médicales et participations forfaitaires.

La CMU-C est exclusivement financée depuis 2009 par la taxe CMU (anciennement fonds CMU) que doivent acquitter les complémentaires santé privées, et par la taxe tabac depuis 2012.

Toujours selon les ESPS de 2012 et 2014, la CMU-C profitait à 6,1 % puis 6,5 % de la population (28,29), et selon d'autres sources, 4,6 millions de personnes en 2014 (33) puis 5,3 millions en avril 2015 (34).

Par son statut de complémentaire gratuite sur conditions de revenus, la CMU-C contribue ici au transfert des frais de santé des assurés aux revenus les plus modestes vers ceux ayant souscrit une assurance complémentaire privée (et donc plus aisés).

iii - L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

Pour limiter l'effet seuil dû au plafond de revenu de la CMU-C, l'ACS constitue un dispositif hybride faisant appel aux organismes complémentaires privés, subventionnés par le fonds CMU. Toujours sous conditions de revenus (le plafond CMU-C majoré de 35 %, soit, inférieur à 981,33€ mensuel pour 1 personne, 1472€ pour un foyer de 2 personnes sans enfant) les assurés peuvent demander à l'assurance maladie la remise d'un chèque dont le montant varie de 100 à 550€ selon l'âge, et qui n'est utilisable que pour la souscription d'un contrat d'assurance complémentaire à un organisme privé. En 2014, l'ACS bénéficie à 900 000 personnes en France (33).

On observe donc de nouveau un transfert des frais de santé des plus modestes vers les assurés plus aisés (au même titre que la CMU-C) mais aussi des plus malades vers les bien portants (du fait que la subvention croisse à mesure que l'âge augmente).

II.5] ANALYSE CRITIQUE DU TICKET MODÉRATEUR

A) QUELLE ÉTENDUE DU CARACTÈRE DÉSINCITATIF EN FRANCE ?

Le but premier du ticket modérateur est de limiter la dépense de santé au travers de la limitation de la consommation de soin. En l'état, le ticket modérateur, s'il peut être assuré, perd de facto son caractère désincitatif chez les assurés complémentaires. En 2012 et 2014, les non-assurés complémentaires représentent 5 % (28), puis 4,6 % (29) de la population, et la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise va sans doute faire diminuer ce pourcentage après 2016. Même si l'on peut, en passant, s'interroger sur la pertinence d'une telle politique visant à limiter le caractère désincitatif du ticket modérateur au sein d'un système qui le promeut comme garant de la maîtrise des dépenses de santé, l'analyse de la couverture avant cette réforme nous apprend sur la volonté et l'étendue de la couverture complémentaire.

En effet, en 2012, parmi les 5 % de personnes ne bénéficiant pas d'une couverture complémentaire, 53 % n'en ont pas les moyens ou trouvent la prime trop chère et seulement 12 % le font par choix (« ne souhaite pas être couvert, n'en a pas besoin ») (28). On est en droit de penser que 97,6 à 99,4 % de la population souhaite voir le TM assuré, contre 0,6 à 2,4 % qui n'en éprouvent pas le besoin.

Ainsi, sans discuter du pourcentage ou de l'ampleur du ticket modérateur, mais seulement de son caractère désincitatif, celui-ci porte sur une part si faible de la population qu'il peut en perdre son essence.

B) QUELLE POPULATION FINALEMENT DÉSINCITÉE ?

En 2014, 4,6 % de la population n'est pas couverte par une complémentaire, mais la distribution est hétérogène selon les variables sociodémographiques (15 % chez les chômeurs, 7,7 % des non-diplômés, 11,2 % parmi le premier quintile de revenu) et l'état de santé (7,6 % des personnes jugeant leur état de santé général « mauvais », 14 % chez ceux le jugeant « très mauvais ») (29). De plus, au sein de ces disparités, on observe un gradient de couverture

complémentaire qui augmente avec l'emploi, le niveau de diplôme, le niveau de revenu, variables corrélées à l'amélioration de l'état de santé perçu (29,35).

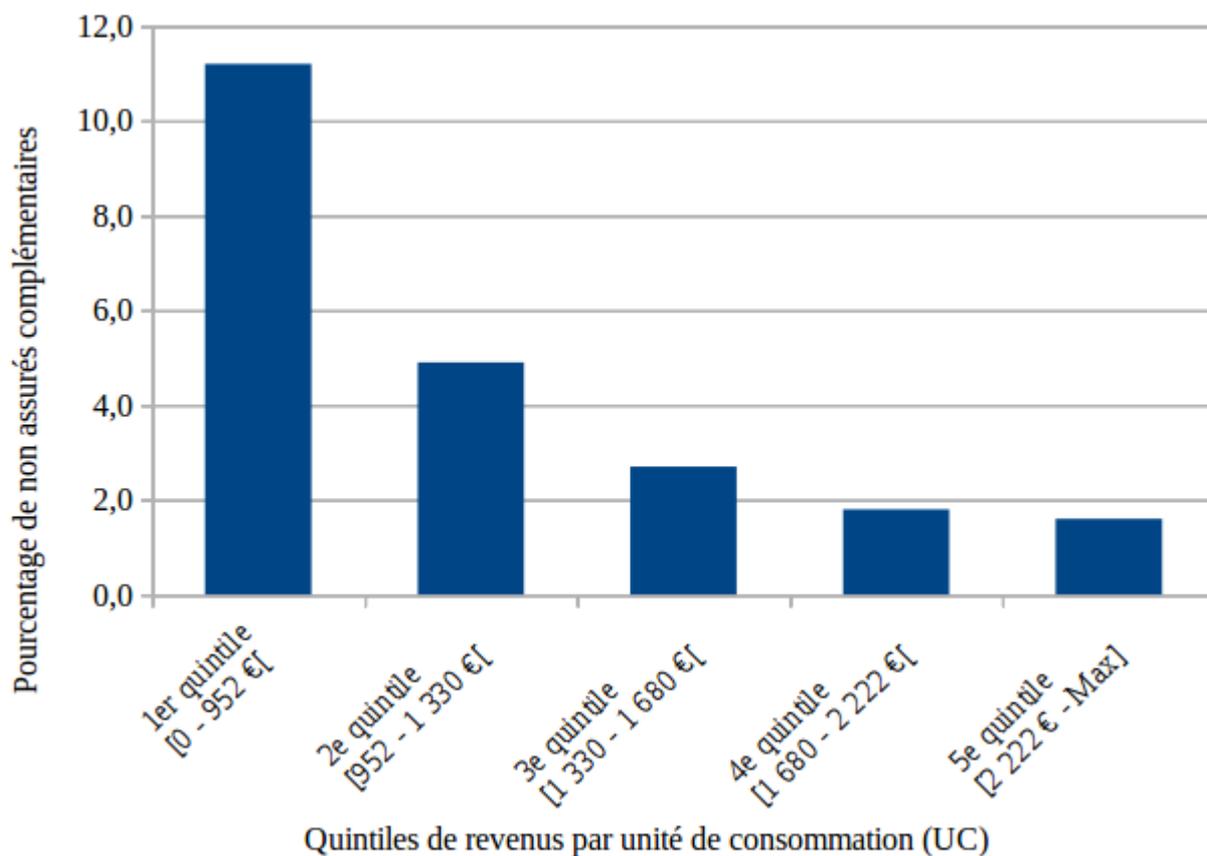


Figure 14 : Pourcentage de non assurés complémentaires selon les revenus

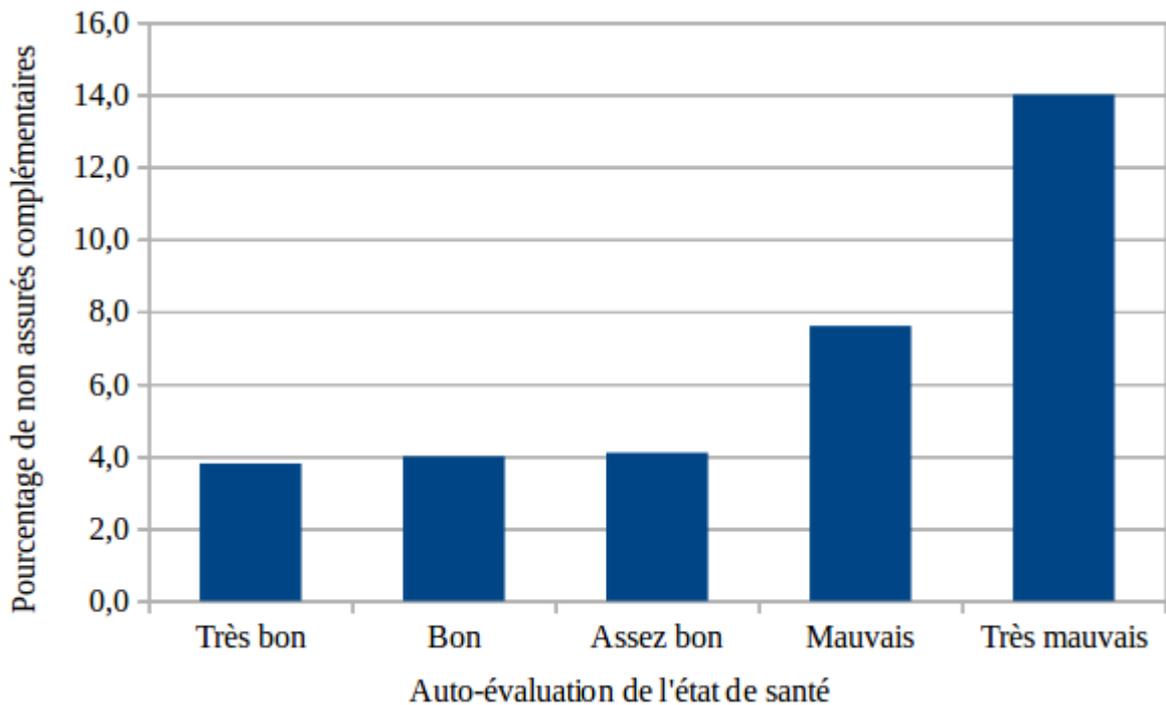


Figure 15 : Pourcentage de non assurés complémentaires selon l'état de santé

Sans chercher à tirer de conclusion sur « qui de la poule ou de l'œuf » (est-ce le niveau sociodémographique qui contribue à l'amélioration de l'état de santé ? Est-ce l'amélioration de l'état de santé qui contribue au niveau sociodémographique ? Est-ce la couverture complémentaire qui contribue à l'état de santé ? Etc.), force est de constater que les populations qui ont le plus besoin de soins sont aussi celles qui sont le plus privées de complémentaires santé, et ce, malgré des dispositifs comme la CMU-C et l'ACS (36).

Une étude plus ancienne portant sur la complémentaire santé effectuée en 2004 relevait, au sein des non assurés complémentaires, une prépondérance (25%) des 18-25 ans, non couverts depuis peu et qui émettent le souhait d'y souscrire prochainement. Cette constatation s'explique surtout par la perte d'assurance complémentaire en qualité d'ayant droit, ou suite à une modification de statut, et apparaît être un phénomène transitoire (37).

Suivant ce raisonnement, le TM a pour conséquence de limiter la consommation de soins d'une partie de la population qui en aurait pourtant besoin.

C) LE RENONCEMENT AUX SOINS POUR RAISONS FINANCIÈRES

En tant que reste à charge, le ticket modérateur peut majorer le renoncement à des soins jugés utiles par les assurés. Ce renoncement est multifactoriel (délai, coût, organisation des soins, croyance...), mais le paramètre financier est l'un des plus fréquemment avancés et, en 2014, on estime que 25 % de la population aurait renoncé à des soins pour raisons financières au cours de la dernière année (29). Les soins pourvoyeurs de la majorité des renoncements sont les soins peu ou mal remboursés par l'AMO et les contrats de base des complémentaires, à savoir les frais dentaires (45,9% des renoncements) et d'optique (27,5%). Cependant, le renoncement touche aussi les soins mieux remboursés comme les consultations de médecine auxquelles 5,2 % des personnes disent avoir renoncé dans la dernière année (29). Cette moyenne traduit un ensemble très hétérogène si on l'analyse selon les facteurs socio-économiques et l'état de santé, mais on peut dégager des tendances au renoncement, selon ces facteurs, qui touchent à la fois l'ensemble des soins, mais aussi la consultation médicale prise indépendamment (29) :

- le renoncement augmente quand le revenu baisse (de 1 % dans le cinquième quintile de revenu (>2222€ mensuels), jusqu'à 11,5 % dans le premier quintile (<952€ mensuels)),

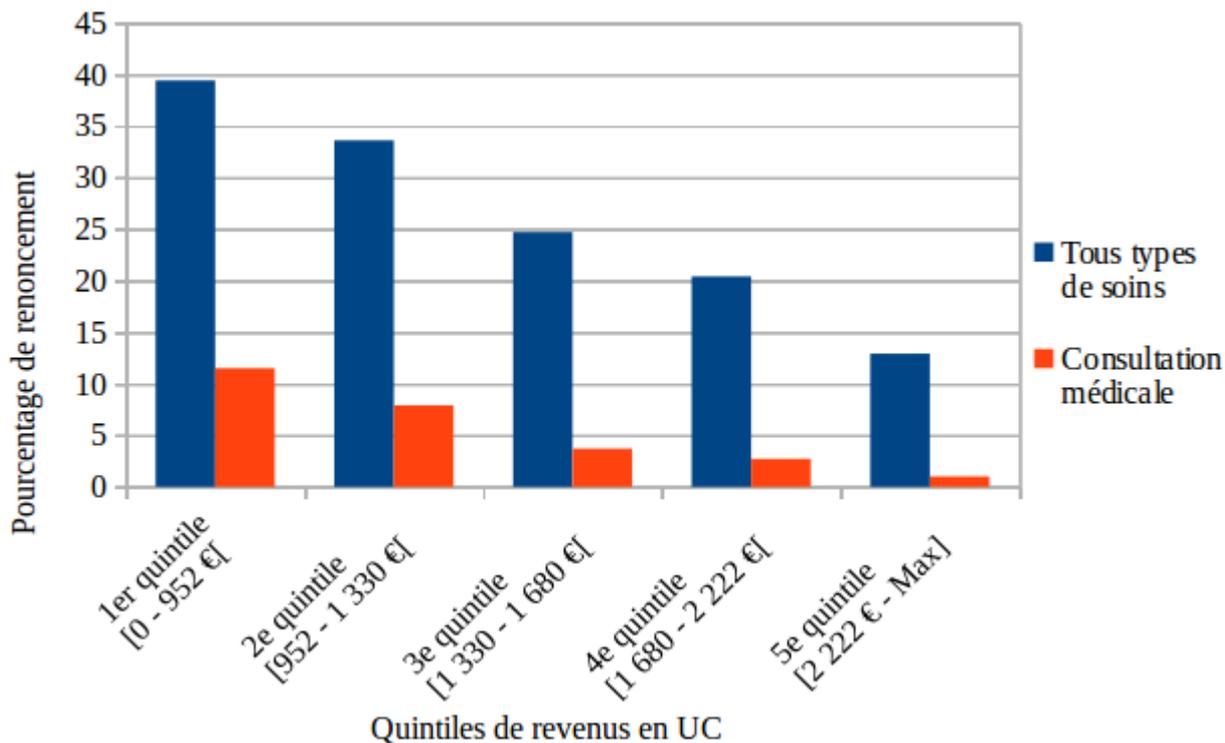


Figure 16 : Pourcentage de renoncement selon les revenus

- les personnes qui jugent leur état de santé très mauvais renoncent plus (12,3%) que ceux le jugeant très bon (2,7 %)

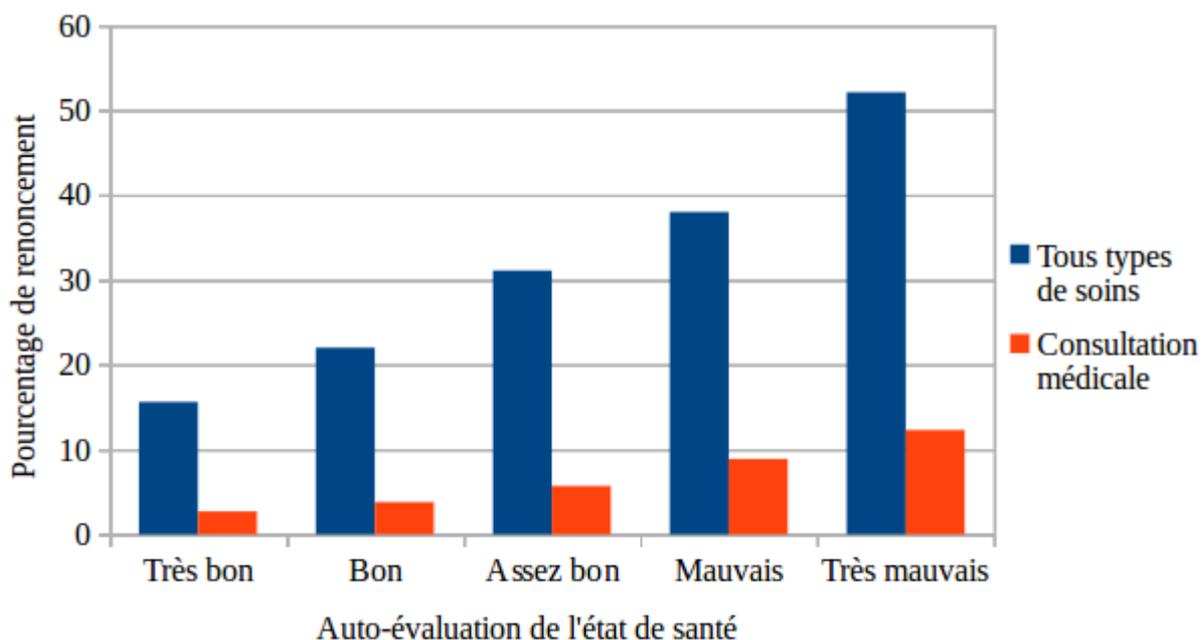


Figure 17 : Pourcentage de renoncement selon l'état de santé

- L'absence de couverture sociale est vectrice de renoncement (19,6%) alors que la CMU-C ou une complémentaire autre semblent en protéger (respectivement 6,8 et 4,4% de renoncement).

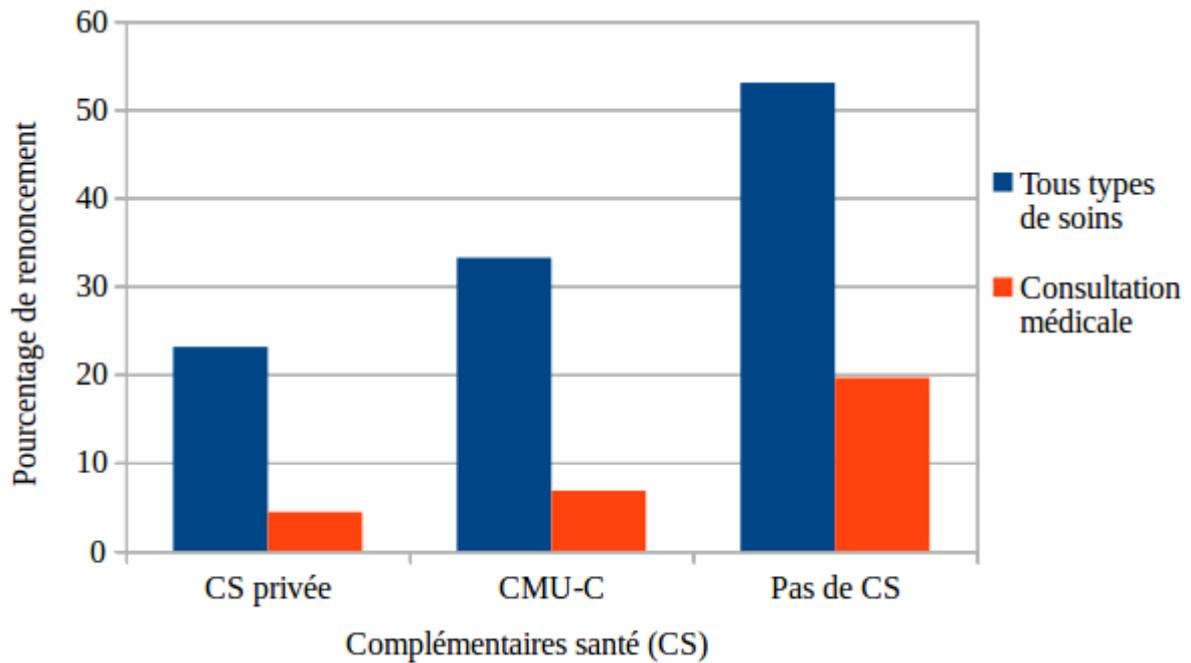


Figure 18 : Pourcentage de renoncement selon la complémentaire santé

À la lumière de ces observations se dessine un profil de personnes sur lequel le renoncement aux soins se concentre. Ce profil fait écho à celui des personnes affectées par la désincitation, ce qui semble très logique car le renoncement qu'on étudie ici est financier et que la désincitation est elle aussi financière. Aussi elle vient rappeler la prédominance des états de santé auto-évalués mauvais ou très mauvais parmi les populations précaires et soulève le problème du caractère non sélectif de la désincitation (qui touche les soins utiles comme inutiles). En 2008, le renoncement (tous types de soins confondus) a été étudié en fonction d'un score de précarité dont les résultats révèlent un gradient du renoncement croissant et marqué selon la précarité (score allant de 0, absence de précarité, à 7, précarité maximum) (38) :

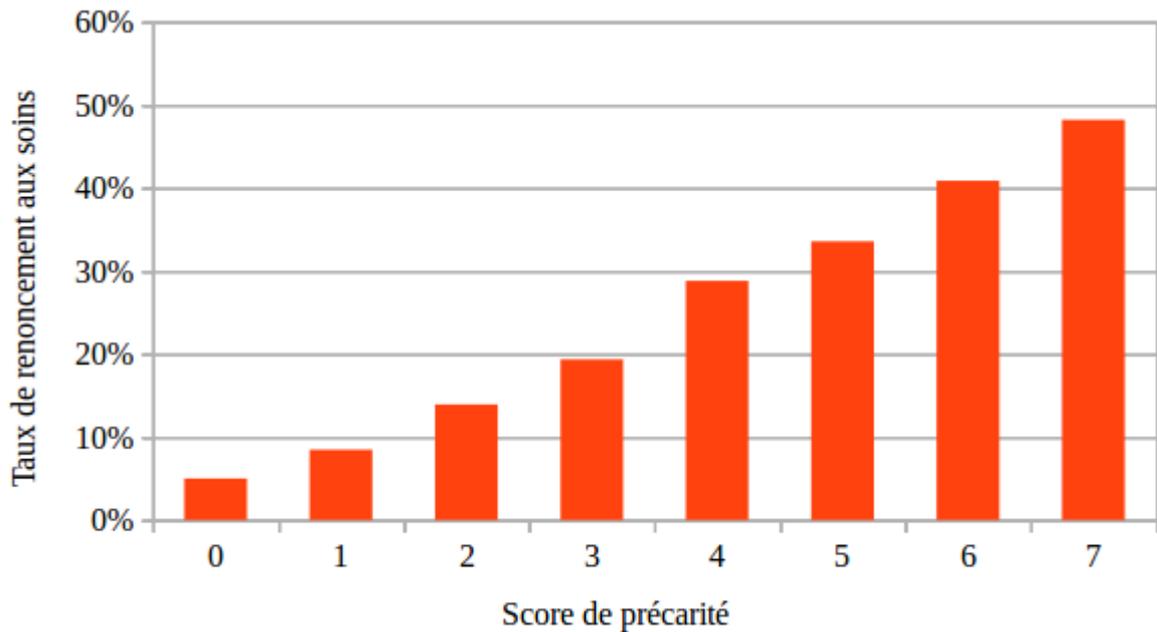


Figure 19 : Pourcentage de renoncement (tous types de soins) selon le score de précarité

Aussi, l'enquête de 2008 étudie l'impact de la qualité de la complémentaire santé (CS) et du motif d'absence de couverture dans le renoncement (38), et les données obtenues sont présentées selon la probabilité de renoncement, relativement à la population couverte par la CMU-C (>1 , probabilité plus importante, <1 , probabilité plus faible). On observe de nouveau une forte disparité au sein des personnes couvertes par une complémentaire santé selon qu'ils la jugent bonne ou mauvaise, ainsi qu'au sein des personnes ne bénéficiant pas d'une complémentaire selon qu'ils déclarent le phénomène comme subi ou choisi :

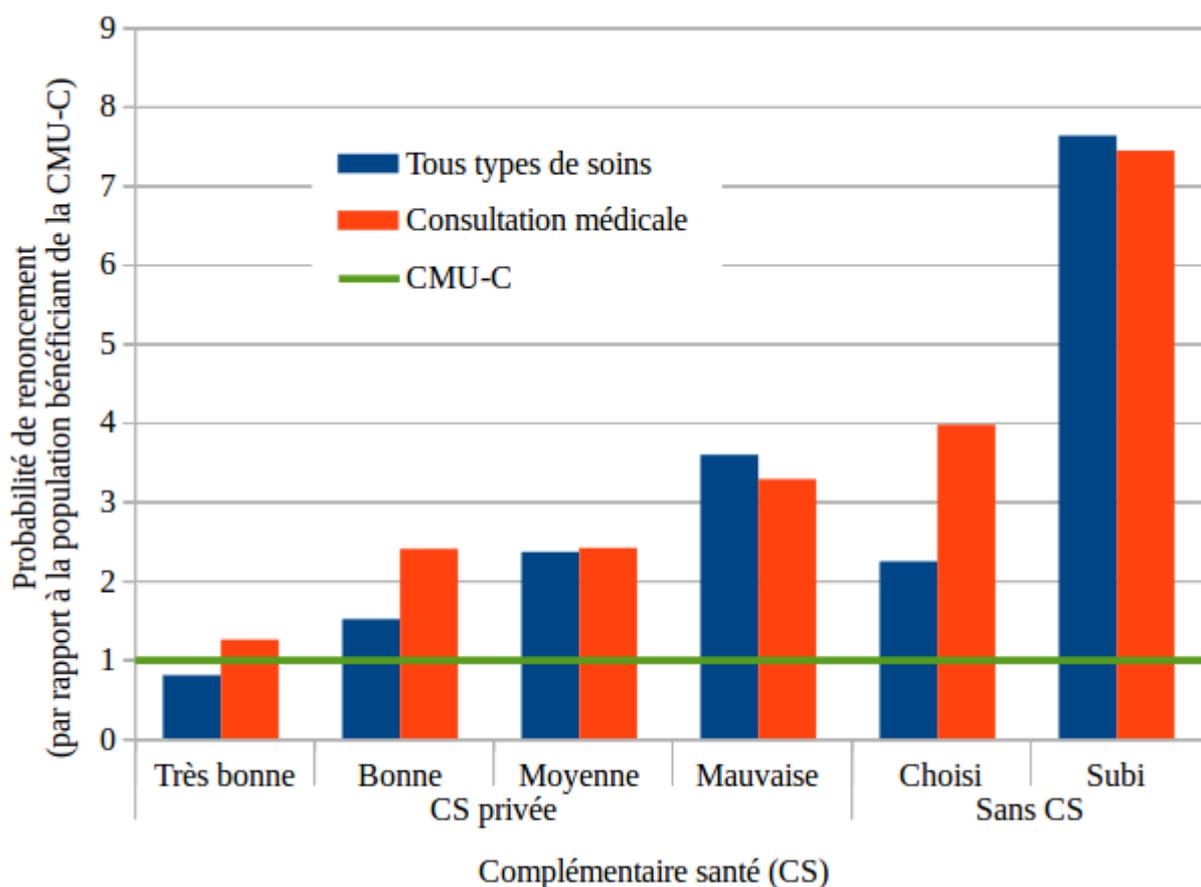


Figure 20 : Probabilité de renoncement selon la complémentaire santé par rapport à la CMU-C

Toutes ces constatations sont d'autant plus alarmantes quand elles sont vues à la lumière des conclusions de chercheurs de l'IRDES en 2012 (39) qui, étudiant l'impact du renoncement aux soins pour raisons financières, démontrent sans équivoque la corrélation entre renoncement et détérioration de l'état de santé 4 ans plus tard. Le renoncement pour raisons financières pourrait avoir des conséquences sur l'état de santé.

D) LE NON-RECOURS AUX AIDES

L'offre d'une couverture santé complémentaire gratuite pour les plus modestes est soumise aux conditions que nous avons vues plus haut, or la CMU-C ne profite pas à toute la population qui y aurait droit. On observe un taux de recours partiel pour la CMU-C (64 à 77 % des personnes éligibles en font effectivement la demande) et faible pour l'ACS (taux de recours de 30 à 43%). Qui plus est, dans le cas des assurés ayant eu recours à l'ACS, un bénéficiaire sur cinq n'utilise pas le chèque santé qui lui a été délivré par l'assurance maladie (33). Ce

phénomène s'explique partiellement par un déficit d'information (36,40), même si les intéressés semblent mieux connaître ces dispositifs que le reste de la population, et par la complexité des démarches (36), mais une part importante du non-recours reste inexpliquée. Il semble donc difficile de le faire complètement disparaître. Certains non assurés complémentaires mettent en avant le coût restant de la couverture complémentaire après ACS, et préfère renoncer à l'aide et à la couverture complémentaire simultanément (36).

E) L'INEFFICACITÉ DU SYSTÈME ET LA GESTION DOUBLÉE

Le ticket modérateur, en ayant induit un système d'assurance à deux étages, propre à la France, contribue à un doublement de la charge administrative des remboursements de soins (41). En effet lors d'une dépense de santé où intervient le TM, la feuille de soins générée est traitée en premier lieu par l'assurance maladie où un opérateur ordonne le remboursement et la transmet ensuite à l'organisme complémentaire où un second opérateur réitère la même opération. Il en va de même pour le traitement des données administratives de l'assuré (changement d'adresse, changement de coordonnées bancaires...) où celui-ci doit faire deux déclarations, traitées de nouveau par deux opérateurs distincts aux travaux identiques. Les charges de gestion représentent 7,4 milliards d'euros pour l'assurance maladie et 7,2 milliards d'euros pour l'ensemble des organismes complémentaires en 2016 (soit respectivement 3,72 et 21,34 % de leurs budgets) (42). Une majorité de ces frais disparaîtraient s'il existait un opérateur unique et l'ampleur des coûts de gestion induits par ce système de remboursement à deux niveaux (à titre de comparaison, la branche maladie de la sécurité sociale qui gère ce budget présente un déficit de 4,8 milliards d'euros la même année (43)) explique sans doute qu'on ne le trouve nulle part ailleurs.

La situation française est d'autant plus contradictoire qu'elle autorise le remboursement du TM. Si ce dernier est porteur d'efficacité économique (en limitant les soins inutiles pour mieux diriger la dépense de santé), le fait de le rendre remboursable génère de l'inefficacité. Et si les exonérations selon l'état de santé (ALD) ou les ressources financières (CMU-C) peuvent trouver leur justification dans une certaine philanthropie, l'existence des organismes complémentaires d'assurance ne contribue qu'à une perte des gains d'efficacité potentiels doublée d'une perte d'efficacité administrative.

II.6] CONCLUSION

Le ticket modérateur, en tant que reste à charge organisé par l'assurance maladie en France se montre sous un jour très inégalitaire. Si l'assurance santé sociale augmente la dépense de soins totale, elle réduit du même coup les inégalités sociales de santé. L'introduction d'un reste à charge s'accompagne d'un renoncement aux soins que l'on constate en France. Malgré la réduction du RAC à la faveur de la couverture complémentaire, privée comme publique, et des exonérations du TM, la poursuite d'un tel mécanisme de partage des coûts conduit à faire peser son caractère désincitatif sur les plus précaires. En d'autres mots, le TM, censé diminuer la dépense de l'ensemble de la population, quitte à tolérer certaines inégalités de santé, a poursuivi sa mue dans l'établissement d'un système qui ne diminue la dépense que d'une fraction très réduite de la population, impactée par les inégalités et la moins à même d'y faire face financièrement. L'autre constat plaidant contre le ticket modérateur est l'état de santé de la population impactée où l'on trouve une surreprésentation des plus malades. Il est désormais bien établi (44) que le niveau de santé est intimement lié au niveau socio-économique, raison pour laquelle on retrouve cette corrélation au sein des personnes privées de complémentaire ou principalement exposées au renoncement. S'il n'est pas établi que la mauvaise couverture des plus précaires est un des facteurs de leur mauvais état de santé, ce ne serait qu'un signal aggravant d'une situation déjà témoin d'inégalités flagrantes.

En l'état, le ticket modérateur tel qu'il existe en France, puisqu'il est assurable, perd toute sa substance, car, même si la théorie dont il tire son essence se vérifiait, combattre un aléa moral délétère par ce dispositif se révèle très inégalitaire.

Compte tenu de ces éléments et de ceux abordés dans le premier chapitre, nous pouvons voir que l'existence du TM en tant que pourvoyeur de reste à charge n'est pas forcément bien fondé, qu'il contribue à la présence d'un double étage d'assurance coûteux qui lui supprime sa raison d'exister, et qu'il agit d'autant plus comme amplificateur d'inégalités. Il apparaît donc, à l'aune des fragilités théoriques et du constat empirique allant à l'encontre de notre postulat de départ, plus que légitime d'envisager tout simplement sa suppression.

III . QUEL SYSTÈME POUR L'ASSURANCE SANTÉ ?

La suppression du ticket modérateur aurait une conséquence majeure : la fin d'un système à deux étages dans le remboursement des soins courants.

Nous l'avons vu plus haut, le ticket modérateur, dans sa forme actuelle n'est en rien efficace, et participe aux inégalités. Plusieurs types de réformes de l'assurance santé en France sont possibles avec pour but de l'orienter vers le système le moins coûteux et le plus égalitaire. Avec la disparition du TM, l'assurance étend sa prise en charge à l'intégralité des soins contribuant ainsi à la suppression du système à deux étages dans le remboursement. L'intérêt de cette suppression fait consensus (41) et diminuerait les frais de gestion de l'assurance, suivant le principe « un soin = un seul organisme payeur ». On peut l'envisager de plusieurs manières :

1 - La sécurité sociale garde le monopole de l'assurance maladie et étend sa prise en charge à l'intégralité du panier de soins.

2 - L'ensemble des organismes complémentaires étendent leur prise en charge à l'intégralité du panier de soins au sein d'un marché concurrentiel.

3 - Les deux systèmes coexistent et prennent en charge chacun un panier de soins qui leur est propre.

Ici n'apparaît pas l'hypothèse où la Sécurité sociale entre en concurrence avec les organismes complémentaires, et où l'individu choisit l'organisme qui assurera l'intégralité du panier de soins car elle remet en cause deux des fondements de l'assurance maladie publique :

- l'affiliation obligatoire à la sécurité sociale en la rendant facultative,

- son caractère universel.

Si l'assurance maladie obligatoire perd ces deux principes, elle en perd sa substance et devient une assurance comparable aux autres, on se retrouve donc sur le marché concurrentiel proposé dans l'hypothèse 2.

La question qui se pose maintenant est celle du financeur, car si l'on verse dans un système d'assurance santé unique, qui de la Sécurité sociale ou des organismes complémentaires est le plus à même de gérer l'assurance selon les principes d'égalité et d'efficacité économique (le meilleur soin possible, le plus égalitaire possible, le moins coûteux possible).

Nous nous intéresserons donc maintenant, après un état des lieux des différentes assurances santé existantes et de leurs données macroéconomiques, aux différences de fonctionnement de ces assurances (notamment au niveau de la gestion, des modes de financement, du caractère redistributif qui en découle et de la concurrence) pour rassembler les arguments qui plaident ou non en leur faveur.

III.1] ÉTAT DES LIEUX EN FRANCE

A) LES DIFFÉRENTS ORGANISMES

i - La Sécurité sociale et l'Assurance Maladie

La Sécurité sociale est un organisme de protection sociale assurant la quasi-totalité des risques sociaux en France, regroupés en branches, au rang desquelles la maladie, le travail (branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP)), la famille (aide aux parents, au logement, à la précarité ou au handicap) et la vieillesse (pensions de retraite).

L'Assurance Maladie est l'organisme gestionnaire de la branche maladie (et AT/MP) pour le régime général, c'est elle qui prend en charge, pour les assurés du régime général, la part « publique » du remboursement des soins courants, du financement des hôpitaux, mais aussi les dépenses relatives à la maternité, l'invalidité... Il existe d'autres régimes (régime agricole, régimes spéciaux) minoritaires qui dépendent eux aussi de la Sécurité sociale.

Cette dernière finance la majeure partie des dépenses de santé actuellement, grâce notamment aux cotisations (pourcentage du salaire brut) qu'elle perçoit, à la Contribution Sociale Généralisée (CSG) et la Contribution à la Réduction de la Dette Sociale (CRDS) (pourcentage du revenu) que l'état collecte pour lui reverser ensuite.

Elle s'assoit sur plusieurs principes parmi lesquels :

- l'obligation d'affiliation, toute personne qui travaille et réside en France est affiliée d'office à la Sécurité sociale et donc à l'AM, et est assujettie au paiement des cotisations, de la CSG et de la CRDS. Ce caractère obligatoire entraîne l'illégalité de toute désaffiliation.

- l'universalité, toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière bénéficie d'une assurance maladie (à travers la PUMa) en tous points égale à celle des

autres individus (excepté extension de la prise en charge sur critères de santé ou de revenu, dans les cas des ALD ou de la CMU-C par exemple).

Dans la suite de l'exposé, nous utiliserons l'expression Sécurité sociale (ou Sécu) dans son acception d'assurance santé financée par la Sécurité sociale, c'est à dire incluant l'ensemble des régimes qui en dépendent.

ii - Les organismes complémentaires d'assurance maladie (hors CMU-C)

Nous l'avons vu plus haut, l'assurance santé, dans la plupart des cas est cogérée par la Sécurité sociale et un organisme complémentaire, mais la couverture complémentaire n'est ni obligatoire (mis à part les contrats complémentaires d'entreprise dont la fréquence augmente, il est légal de ne pas participer au financement d'un organisme complémentaire, auquel cas on ne bénéficie pas de sa couverture), ni universelle (on peut être non couvert), ni homogène (l'assurance n'est pas la même pour tous les assurés).

Comment sont fixés les tarifs ?

L'affiliation à un organisme complémentaire est soumise à contribution financière. Les tarifs de cette affiliation sont très disparates et variables selon l'organisme, le contrat et l'individu qui y souscrit (32). Par exemple et en simplifiant :

- Les tarifs des organismes complémentaires sont souvent indépendants du risque et du revenu (c'est-à-dire que l'individu paye le même tarif, qu'il soit malade ou bien portant, riche ou pauvre).

- Certains organismes proposent des tarifs dépendants du revenu, mais c'est un phénomène minoritaire et ciblé (notamment dans le cas des mutuelles de fonctionnaire).

- La plupart des tarifs augmentent avec l'âge, ce qui contribue à les indexer au risque, sans que cela soit reconnu comme tel (et la différence des tarifs selon l'âge est en moyenne plus importante au sein des sociétés d'assurance que des autres organismes). Cependant, les salariés d'un même contrat collectif (cf. infra) se voient payer la même prime et bénéficient de la même couverture, mais une complémentaire peut proposer un tarif différent, pour une même couverture, à deux employeurs dont le pool de salarié n'aurait pas la même moyenne d'âge.

- Rarement, le tarif augmente avec le risque au sens strict du terme, c'est-à-dire que le

diabétique paye plus que le non-diabétique, toutes choses égales par ailleurs (cette pratique est réservée à certaines sociétés d'assurance, et est interdite pour les mutuelles et les institutions de prévoyance).

- Très souvent, au sein d'un même organisme, plusieurs contrats peuvent être proposés avec des niveaux de couverture différente en fonction des tarifs (ce qui peut s'apparenter une nouvelle fois à une tarification au risque non reconnu comme tel, l'individu plus malade va chercher à être mieux couvert, et payera donc plus cher).

Des contrats individuels et collectifs

Aussi, les organismes complémentaires, dans leur hétérogénéité, proposent des contrats individuels, auxquels les particuliers souscrivent seuls, et des contrats collectifs, souvent destinés à la couverture d'un groupe de salariés (d'une même entreprise, d'une même branche...) et souscrits par un ou plusieurs employeurs. La part des contrats individuels représente 57 % des assurés contre 43 % pour les contrats collectifs (45), et ces derniers, du fait des critères d'obtention, concernent essentiellement les actifs.

Une couverture variable

Les différents contrats peuvent aussi être répartis selon la couverture qu'ils offrent (la typologie des contrats), on peut les classer grossièrement comme suit : (45)

- la quasi-totalité des contrats assure la couverture du ticket modérateur (et du forfait hospitalier), ce que l'on peut donc considérer comme la base des contrats complémentaires, à quelques exceptions près.

- les contrats suivants prennent partiellement en charge les dépassements de frais les plus courants (frais d'optique, de prothèse dentaire ou auditive...), puis une partie des dépassements d'honoraires. C'est dans cette zone « floue » que l'on pourrait situer la moyenne et la médiane des contrats complémentaires en France, sans pouvoir les définir avec précision du fait de la forte hétérogénéité.

- la partie des dépassements prise en charge s'accroît jusqu'aux contrats les plus avantageux ou l'AMP rembourse l'ensemble de la dépense, sauf exception.

Aussi, on constate que les contrats collectifs sont, en moyenne, plus « couvrants » que les contrats individuels.

Les trois acteurs de la couverture complémentaire

En France, trois acteurs proposent des couvertures complémentaires santé : (29,30,46)

- les mutuelles, régies par le code de la mutualité, qui sont des organismes à but non lucratif, et dont le champ d'assurance se limite principalement à la protection sociale. Elles regroupent 62 % des assurés cotisants à une assurance complémentaire,

- les institutions de prévoyance (14%), régies par le code de la sécurité sociale, à but non lucratif. Elles aussi ont une activité généralement restreinte à la protection sociale, mais spécialisée dans les contrats collectifs.

- les sociétés d'assurance (24%), régies par le code des assurances, qui peuvent être à but lucratif (compagnie d'assurance) ou non lucratif (mutuelle d'assurance) et qui peuvent proposer une activité d'assurance plus étendue (automobile, logement...)

L'évolution du marché des organismes complémentaires

Le marché des organismes complémentaires est très hétérogène en France, du fait de la différence de statut des organismes proposant une assurance complémentaire et des comportements différents en termes de tarification, de couverture, au sein même de ces types d'organismes. On peut toutefois observer une certaine dynamique du marché dont les principaux enseignements sont les suivants : (30)

- Le nombre d'organismes présents sur le marché tend à diminuer. En effet, alors que 534 organismes complémentaires proposent une assurance santé complémentaire en 2015, ils étaient 1702 en 2001. Cette modification s'opère surtout à la faveur de fusion ou d'intégration de certains organismes à d'autres. En se penchant sur les différents types d'organismes, on s'aperçoit que les mutuelles sont les plus touchées par cette diminution (1528 en 2001 contre 411 en 2015), suivi par les institutions de prévoyance (57 en 2001, 24 en 2015), et dans une moindre mesure par les sociétés d'assurance (117 en 2001, 99 en 2015).

- Corollaire du premier point, on note aussi une concentration du marché. En 2006, les 50 plus gros organismes complémentaires détenaient 54 % du marché et, parmi eux, le top 20 en

accaparait 35 %, tandis qu'en 2015 les 20 plus gros occupent 51 % du marché (74 % pour le top 50).

- Au sein de la mutualité, on retrouve une hétérogénéité particulière avec certains des plus grands organismes complémentaires (8 mutuelles dans le top 20) mais aussi de très nombreuses et petites structures.

- Les sociétés d'assurance ont tendance à gagner des parts de marché (19 % en 2001 et 29 % en 2015) surtout au détriment des mutuelles (de 60 % en 2001 à 53% en 2015) tandis que les institutions de prévoyance occupent une place relativement stable (21 % en 2001, 17 % en 2011 et 18 % en 2015). Selon les sources des fédérations des organismes complémentaires, les transformations se poursuivent en 2016 et les sociétés d'assurance occuperaient 31,4 % de parts de marché contre 50,7 % pour la mutualité (47).

- La part des contrats collectifs est en augmentation depuis 10 ans (40 % en 2007, contre 44 % en 2015) (30), et la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise devrait accélérer les modifications dans ce sens. Toujours selon les fédérations des complémentaires, les contrats collectifs représentent, en 2016, 46,6 % des cotisations collectées (47).

Conclusion

Au total, et faisant fi de ces disparités, le contrat d'organisme complémentaire « moyen » couvre la BRSS et une partie des dépassements, et son tarif est indépendant du revenu et du risque (à l'exception de l'âge et de la sélection par le contrat).

En ce qui concerne le mode de financement, on utilise le terme « cotisations » dans le cas des mutuelles et institutions de prévoyance, et « primes » dans le cas des sociétés d'assurance. Une telle distinction entre ces modes de financement n'est pas très pertinente dans la majorité des cas tant elle relève plus d'un statut juridique différent que d'une différence objective. En effet, comme vu dans les paragraphes précédents, certaines cotisations peuvent avoir plus de points en commun avec certaines primes qu'avec d'autres cotisations, etc.

Dans la suite de l'exposé, l'ensemble regroupant les mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance sera nommé Assurance Maladie Privée (AMP) ou Organismes Complémentaires (OC), et nous parlerons de cotisations ou de primes, indépendamment de l'organisme, sauf mention contraire.

B) LES DÉPENSES DE SANTÉ

Sauf mention contraire, les données présentées dans cette partie sont tirées des résultats des comptes de la santé, édition 2017, sur les dépenses de santé en 2016, éditée par la DREES (42).

i - Les postes de dépense

La Dépense Courante de Santé (DCS) regroupe l'ensemble des dépenses engagées dans la santé en France, quels qu'en soient les financeurs (Sécu, AMP, ménages, état...). Elle s'élève en 2016 à 266,6 milliards d'€ (ou Md€) et se décompose en différents postes de dépense au premier rang desquels la Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM), qui regroupe l'ensemble des dépenses qui visent à traiter les perturbations de l'état de santé (198,5Md€ soit 74,5 % de la DCS).

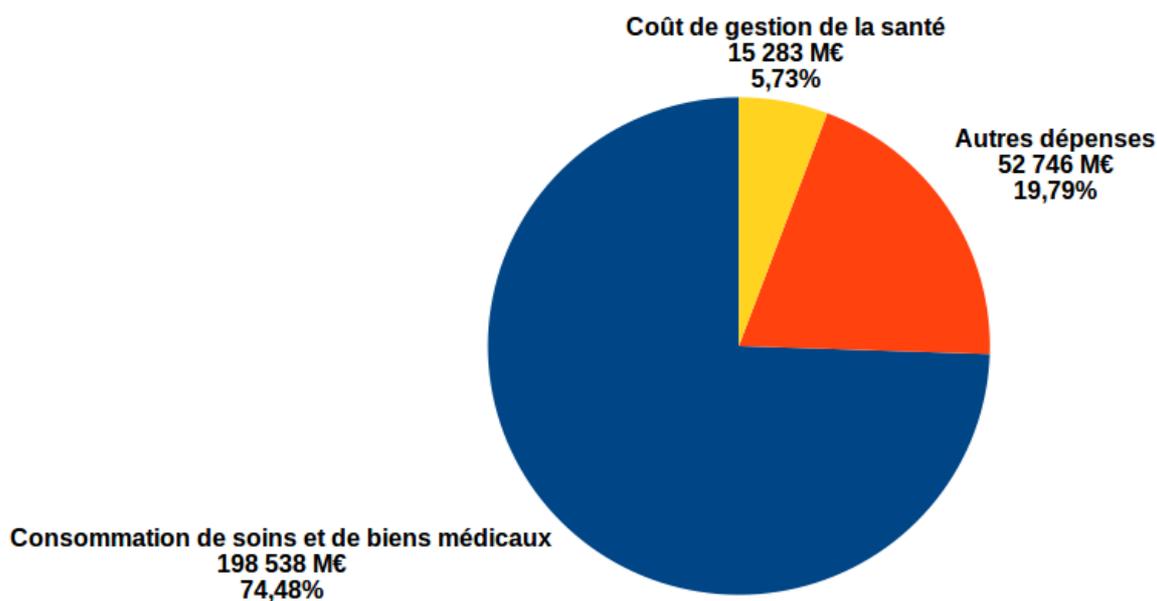
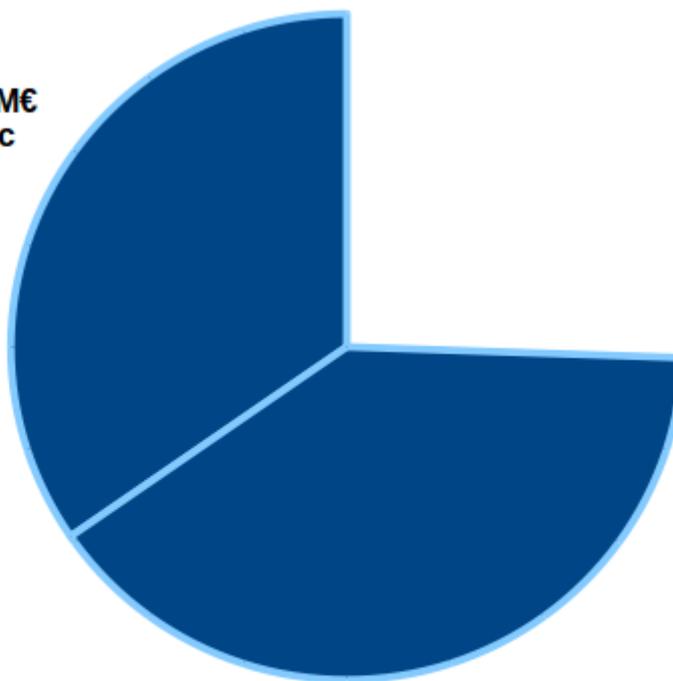


Figure 21 : Dépense courante de santé par poste, en millions d'€ (M€)

La CSBM est communément détaillée en soins hospitaliers d'une part, et soins ambulatoires d'autre part, eux-mêmes divisibles de nouveau par poste de dépense :

Soins hospitaliers : 92 350 M€
- Hôpitaux du secteur public
- Hôpitaux du secteur privé



Soins ambulatoires : 106 188 M€
- Soins de ville (consultations, analyses...)
- Transports de malades
- Médicaments
- Autres (optique, matériel médicaux...)

Figure 22 : CSBM par poste de dépense, en millions d'€

La dépense relative aux coûts de gestion de la santé constitue la somme des coûts de gestion des différents organismes finançant la santé, nous y reviendrons plus en détail par la suite.

La part « autres dépenses » regroupe les prestations en espèces, la formation, certains établissements de santé, etc. :

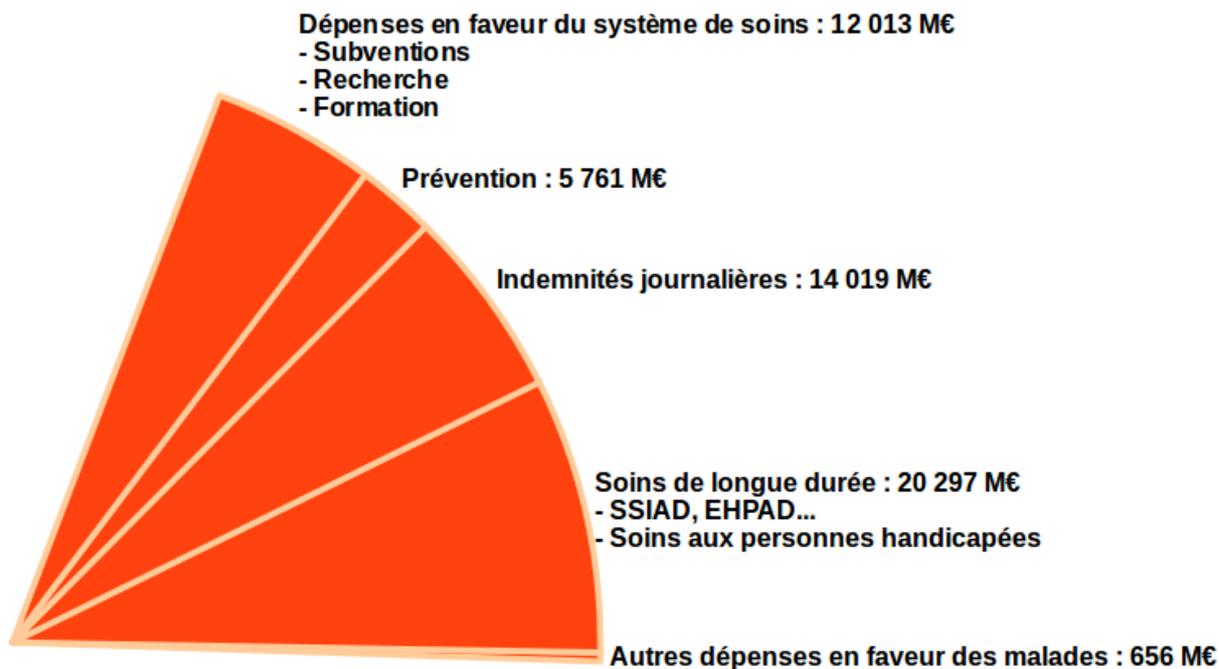


Figure 23 : Autres dépenses, par poste, en millions d'€

ii - Le financement des dépenses de santé et son coût de gestion

La dépense de santé est majoritairement financée par la Sécurité sociale, et, dans une moindre mesure, par les OC. D'autres acteurs de financement interviennent, à savoir les ménages eux-mêmes, l'état et les collectivités locales, et certains financeurs privés (industrie pharmaceutique, industrie du matériel médical, association de patients...).

On peut visualiser la part des financeurs par postes de dépense comme suit :

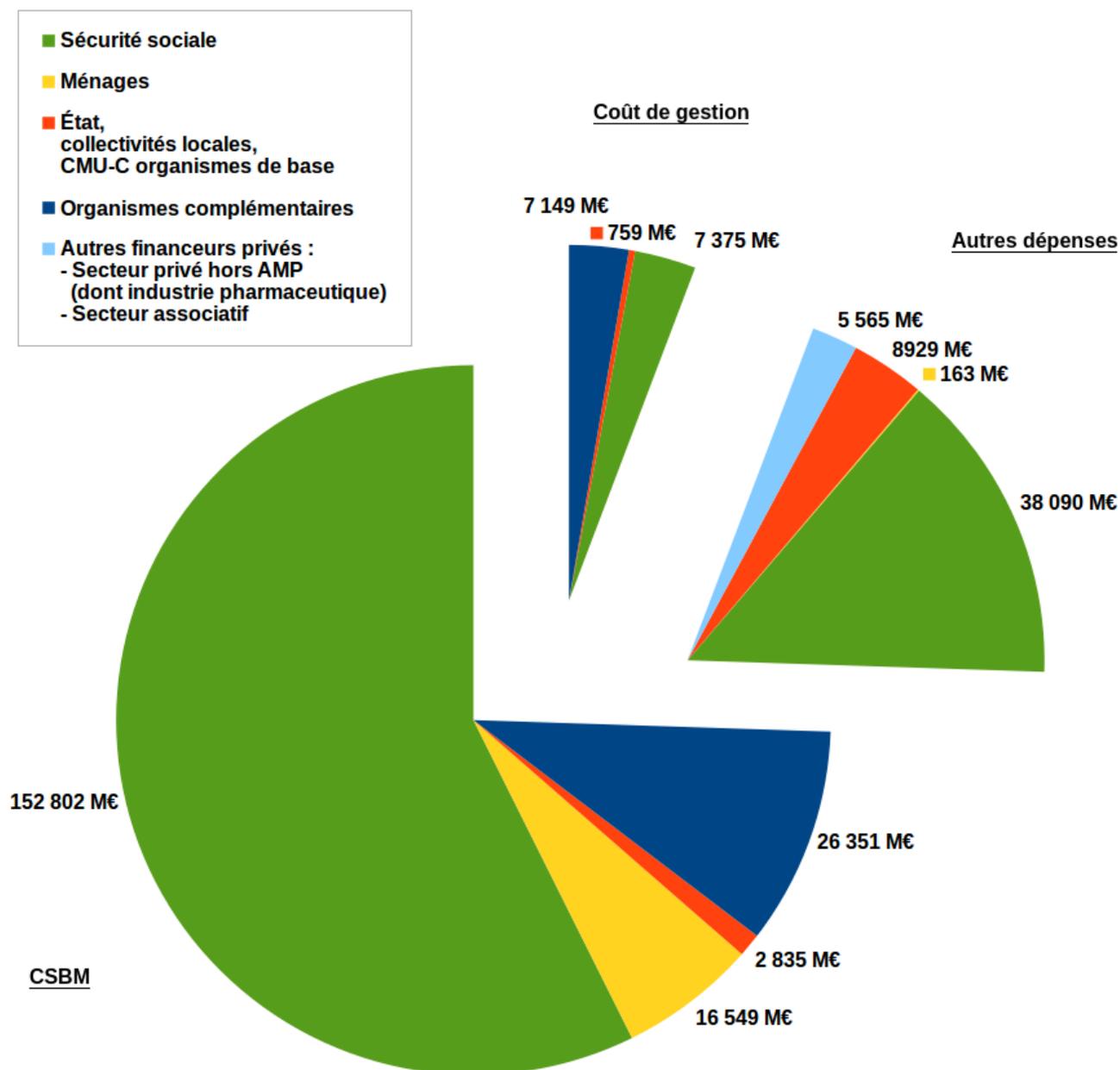


Figure 24 : Part des financeurs, par poste de dépense, en millions d'€

Nous pouvons alors relever (et ajouter) que :

- la Sécu finance effectivement l'essentiel de la DCS (74,4%) et de la CSBM (77%). Au sein des « autres dépenses », sa part porte majoritairement sur les indemnités journalières et soins de longue durée qu'elle finance tous deux en totalité.
- les OC financent exclusivement la CSBM, et ce à hauteur de 13,3 %.
- les ménages participent essentiellement à la CSBM et en assument 8,3 % du financement.
- l'état et apparentés financent peu la CSBM (1,4%, essentiellement au titre de la CMU-

C) mais une partie plus importante des « autres dépenses », notamment celles relatives à la formation, la prévention et la recherche.

- les « autres financeurs privés » ont un rôle plus minoritaire, et qui se cantonne à la prévention et à la recherche.

Par contre, en regardant de plus près le coût de gestion, on s'aperçoit que celui-ci correspond à 5,7 % de la DCS, et qu'il est assumé en quasi-totalité par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires. Les coûts de gestion de ces deux types d'organismes, comparables en valeurs absolues, correspondent à 3,7 % et 21,3 % respectivement, si on les rapporte à la hauteur de leur part dans le financement de la DCS (6,1 % pour l'état et apparentés).

III.2] LES DIFFÉRENCES OBSERVABLES

A) LES COÛTS DE GESTION DES ORGANISMES FINANCEURS

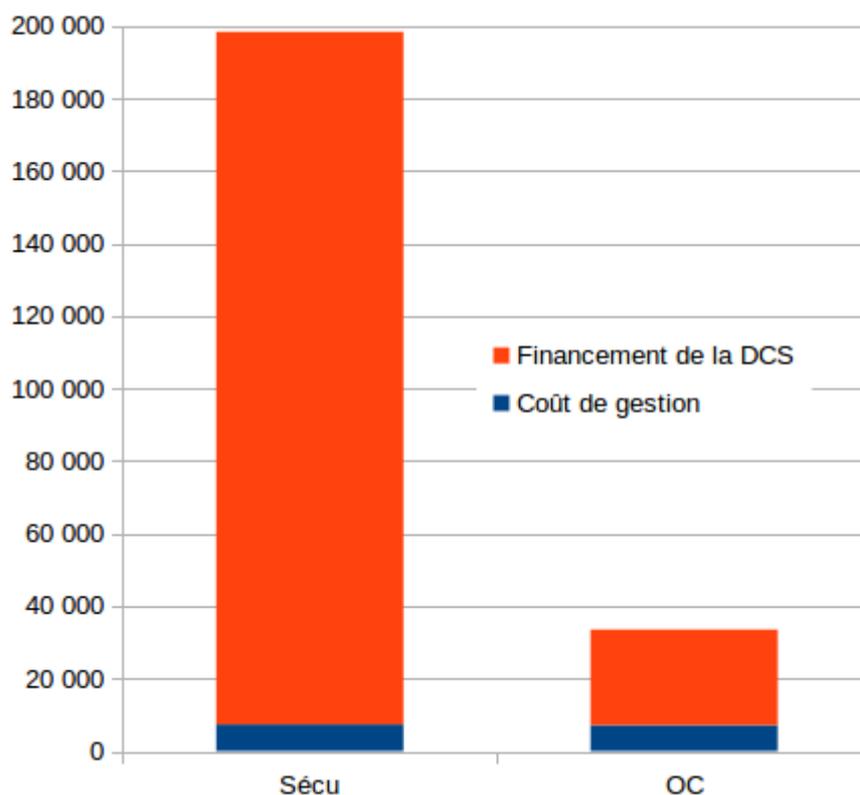


Figure 25 : Coût de gestion, en millions d'€, selon l'assurance

Si la différence de coût de gestion saute à ce point aux yeux, elle est sans doute moins importante qu'il n'y paraît. En effet, les charges de gestion de la Sécurité sociale et des OC sont difficilement comparables, car elles ne concernent pas toujours les mêmes montants, les mêmes postes de dépenses... Elles sont tantôt indépendantes, tantôt imbriquées.

Quand une consultation chez un médecin généraliste (25€) donne lieu à un remboursement, la Sécu rembourse 16,50€ (17,50€ - 1€ de participation forfaitaire), et l'OC 7,50€. Si on définit que le traitement d'une feuille de soins a le même coût pour les deux assurances, par exemple 0,50€, la différence des coûts de gestion n'apparaît que si on la présente de manière relative. Dans notre exemple, 3 % pour la Sécu et 6,7 % pour l'OC, alors que les valeurs absolues sont les mêmes.

En raisonnant de la sorte, la différence des coûts de gestion est relativisée. On peut penser que, si les organismes complémentaires venaient rembourser une plus grande part du soin, et ce aux dépens de la Sécurité sociale, une telle modification ferait augmenter leurs dépenses sans augmenter les frais de gestion (le traitement d'une feuille de soins ne coûte pas plus cher si le remboursement est de 5 ou de 15€, le travail est exactement le même) tandis qu'à l'inverse, la Sécu verrait sa dépense diminuer sans diminuer ses frais de gestion.

i - Différents types de coût de gestion

Dans le champ de l'assurance, il existe trois types de charges de gestion (30) :

1 – les frais de gestion des sinistres, qui correspondent au traitement des feuilles de soins (ce qui ordonne le remboursement),

2 – les frais d'administration, qui comprennent les modifications de situation administrative et bancaire des assurés, ainsi que le recouvrement de leurs cotisations,

3 – les frais d'acquisition, qui représentent les dépenses relatives à la publicité, à l'action commerciale et aux frais d'ouverture de dossier.

Au sein de l'AMP en 2015, les frais de gestion des sinistres représentent en moyenne 4 % des cotisations collectées, les frais d'administration 8 % et les frais d'acquisition 8 % (soit respectivement 20 %, 40 % et 40 % du coût de gestion total) (30).

Les frais de gestion des sinistres :

Au sein de chaque soin remboursé conjointement par la Sécu et un OC, le coût de gestion relatif ira en faveur de l'assurance qui rembourse la plus grande part.

Comme vu plus haut, la consultation de médecine générale « dilue » les frais de gestion de la Sécu. À l'inverse, le remboursement d'un médicament à TM 85 % tournera le coût de gestion à l'avantage des OC. Il en est de même pour les situations de dépassements d'honoraires et de frais (une paire de lunettes remboursée 7,42€ par la Sécu, et souvent plus de 100€ par les OC).

Dans le cas d'un remboursement intégral par l'une ou l'autre des assurances (par exemple, dans le cadre de la CMU, d'une ALD, ou de certains médicaments pour la Sécu, dans le cadre de séance d'ostéopathie, de lentilles de contact pour les OC) les frais de gestion sont assumés par cette seule assurance. Plus le soin ou le bien sera onéreux, plus il « diluera » les coûts de gestion, en revanche plus il sera bon marché, plus il « concentrera » les frais de gestion.

L'efficacité en termes de frais de gestion des sinistres pourrait donc s'évaluer sur le coût moyen de traitement d'une ligne d'acte, par chacun des opérateurs. Cependant, le traitement d'une feuille de soins dépend aussi de son caractère électronique (plus économique) ou papier (plus coûteux). Or c'est la Sécu qui reçoit en premier lieu les feuilles de soins papier, et qui les transmet le plus souvent aux OC par voie électronique, ce qui entraîne un surcoût relatif pour elle.

En d'autres mots, la complexité du traitement des sinistres et l'hétérogénéité des soins rendent difficile la comparaison directe entre les deux assurances.

Les frais d'administration :

Ici, les frais peuvent être quasiment comparables sur certains points, la modification de situation administrative ou bancaire entraînant le même travail pour les deux opérateurs. Seulement, la Sécu doit gérer le transfert d'un assuré d'un régime à un autre en cas de modification du statut professionnel, ce que ne doivent pas faire les OC (si l'assuré conserve le même contrat complémentaire), et ceux-ci, à cause de la multiplicité des contrats, doivent faire

face à plus de mise à jour au sein de leurs assurés qui modifient leur couverture (on ne peut pas en revanche choisir d'intégrer un forfait « optique » dans ses remboursements Sécu, etc.).

Aussi la Sécu est la seule éditrice de carte vitale, alors que les organismes complémentaires doivent délivrer des attestations de couverture complémentaire, moins coûteuses mais récurrentes chaque année. À l'inverse, la Sécurité sociale délivre les attestations CMU-C et ACS, réédite des cartes vitales de remplacement gratuitement.

En ce qui concerne les frais de recouvrement des cotisations, ils tournent injustement à la défaveur des OC car ceux de la Sécu sont gérés à travers sa branche recouvrement (par les Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF)) qui n'est pas comptabilisée dans la DCS (et il n'est pas possible d'individualiser le coût de recouvrement des cotisations santé par la Sécu tant il est mêlé au recouvrement des autres cotisations).

Là encore, la comparaison est difficile.

Les frais d'acquisition :

Ces frais sont (quasi) exclusivement inhérents au marché concurrentiel de l'AMP, et donc on comprend pourquoi il n'existe (quasi) pas pour la Sécu. Dans son cas, seuls les frais « d'ouverture de dossier » pourraient y être intégrés dans le sens « ouverture des droits à la naissance » (ce qui, sauf rares exceptions, reste constant et inchangé à vie). De leur côté, les OC présentent des frais d'ouverture de dossiers beaucoup plus nombreux (par rapport au nombre de leurs assurés) du fait du libre choix de s'affilier, de se désaffilier, de changer d'organisme complémentaire.

L'AMP possède par contre l'exclusivité en ce qui concerne les dépenses publicitaires ou relatives au marketing. Il n'est pas nécessaire pour la Sécu de pratiquer des campagnes de communication pour recruter de nouveaux clients par le seul fait qu'elle est universelle et obligatoire.

On voit ici poindre une grande différence en matière de coût de gestion. Les frais d'acquisition existent en vertu de la concurrence, et épargnent donc la Sécurité sociale. Cette différence représente en 2015, en moyenne, 40 % des coûts de gestion des OC, soit 8 % des cotisations collectées par l'AMP (30) ou encore 2,7Md€.

Une répartition des coûts de gestion disparate selon les OC

Les coûts de gestion sont plus faibles pour les contrats collectifs, pour la simple raison que l'assureur contractualise directement avec l'employeur et ne présente donc qu'un seul intermédiaire pour plusieurs assurés. Les institutions de prévoyance, spécialisées dans les contrats collectifs (86 % des cotisations collectées), présentent assez logiquement des frais inférieurs à la moyenne des OC (15 % en 2015) (30). Les sociétés d'assurance et mutuelles, dont les portefeuilles de contrats sont plus équilibrés (respectivement 46 % et 30 % de contrats collectifs) présentent des coûts de gestion supérieurs (23 % et 20 % respectivement en 2015) (30).

Si l'on s'intéresse à la répartition des coûts de gestion, on note une prépondérance des frais d'acquisition au sein des sociétés d'assurance (13 % des cotisations collectées contre 6 et 5 % pour les mutuelles et institutions de prévoyance). Cette différence s'explique par la place historique de ces derniers, les sociétés d'assurance étant moins implantées dans certaines populations ou professions (30), mais peut-être aussi par une politique commerciale plus agressive opérant la mue du marché des OC (cf. partie sur la concurrence).

Vu sous l'angle du retour sur cotisations (la part moyenne des cotisations reversée dans les soins), celui-ci a tendance à diminuer (-1 % entre 2011 et 2015), et les contrats collectifs offrent logiquement de meilleures performances (85 % des cotisations en moyenne en 2015) que les contrats individuels (75%). Les sociétés d'assurance s'illustrent par le moins bon retour sur cotisations (75 % en moyenne) derrière les mutuelles (81 %) et les institutions de prévoyance (86 %)(30).

Des frais propres à la Sécurité sociale :

Les frais de gestion relatifs au versement des indemnités journalières, au financement des soins de longue durée, et dans une moindre mesure, à la formation ou la prévention sont intégrés au total des frais de gestion de la Sécurité sociale et viennent tourner ceux-ci en sa défaveur.

Conclusion :

L'étendue des coûts de gestion est difficilement comparable, et l'efficacité de l'un ou l'autre des organismes ne pourrait être appréciée sur les seuls pourcentages ou valeurs absolues présentées plus haut. Par contre, au niveau des frais d'acquisition, la Sécu présente sans aucun doute un avantage par rapport aux OC, étant donné que ces frais sont inexistant dans son cas.

ii - L'évolution des coûts de gestion

Les dépenses de santé augmentent chaque année en France de manière constante. Au sein de la DCS, la CSBM suit aussi cette dynamique. Ainsi, la DCS est passée de 162 Md€ en 2001 à 267 Md€ en 2016, et la CSBM de 121 Md€ à 199 Md€ sur la même période. Les financeurs ont eux aussi suivi cette évolution en absorbant les coûts supplémentaires qui étaient générés, mais on note une relative stabilité dans la part de la dépense prise en charge selon le type d'organisme : (42)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
CSBM (en M€)	120 856	128 118	136 153	143 207	148 014	153 246	159 440	164 699	169 836	173 477	178 740	182 600	186 071	191 158	194 043	198 538	
DCS (en M€)	161 945	172 275	182 856	191 272	197 620	204 929	213 078	221 926	230 233	234 786	241 730	246 629	251 881	258 063	261 279	266 568	
% CSBM	Sécu	77,01%	77,18%	77,43%	77,44%	77,34%	77,02%	76,89%	76,28%	76,31%	76,30%	75,86%	75,97%	76,23%	76,68%	76,84%	76,96%
	OC	12,09%	12,39%	12,48%	12,67%	12,78%	12,85%	12,99%	13,21%	13,28%	13,44%	13,60%	13,67%	13,67%	13,39%	13,38%	13,27%
% DCS	Sécu	73,86%	73,84%	74,13%	74,28%	74,32%	73,93%	73,83%	73,44%	73,61%	73,83%	73,42%	73,57%	73,79%	74,11%	74,31%	74,38%
	OC	11,43%	11,60%	11,65%	11,84%	11,92%	11,92%	12,00%	12,07%	12,01%	12,25%	12,52%	12,60%	12,63%	12,55%	12,58%	12,57%

Figure 26 : Évolution de la CSBM, de la DCS, et de la part des financeurs de 2001 à 2016

La Sécurité sociale prend en charge environ 77 % de la CSBM de manière assez constante depuis 2001, tandis que les organismes complémentaires, après une légère augmentation jusqu'en 2008, tendent à financer environ 13,5 % de cette même CSBM.

Si l'on considère maintenant le pourcentage des coûts de gestion à travers son évolution, on note une tendance à la baisse des frais de gestion de la Sécu depuis 2001, alors que les OC, après avoir suivi la même pente jusqu'en 2009, voient ceux-ci repartir à la hausse : (42)

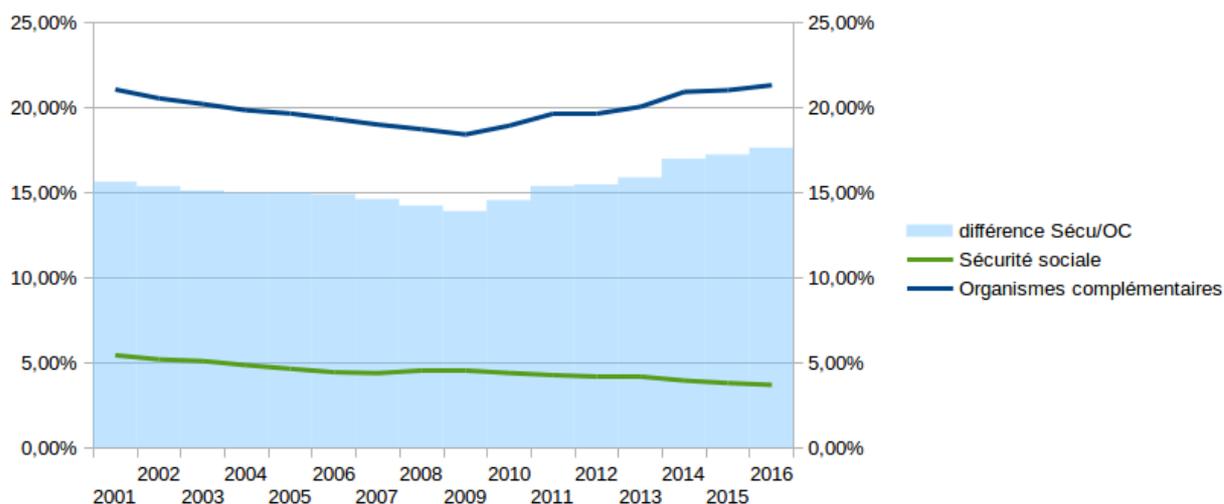


Figure 27 : Évolution des coûts de gestion des assurances, de 2001 à 2016

Le coût de gestion de la Sécu diminue de 5,5 % en 2001 à 3,7 % de manière constante (excepté une augmentation de 0,15 % de 2007 à 2009) tandis que les OC voient leur frais de gestion diminuer de 21,1 % à 18,4 % entre 2001 et 2009, pour réaugmenter ensuite de manière constante et s'établir à 21,3 % en 2016.

En présentant les données en valeurs absolues, on arrive au résultat suivant en ce qui concerne la CSBM : (42)

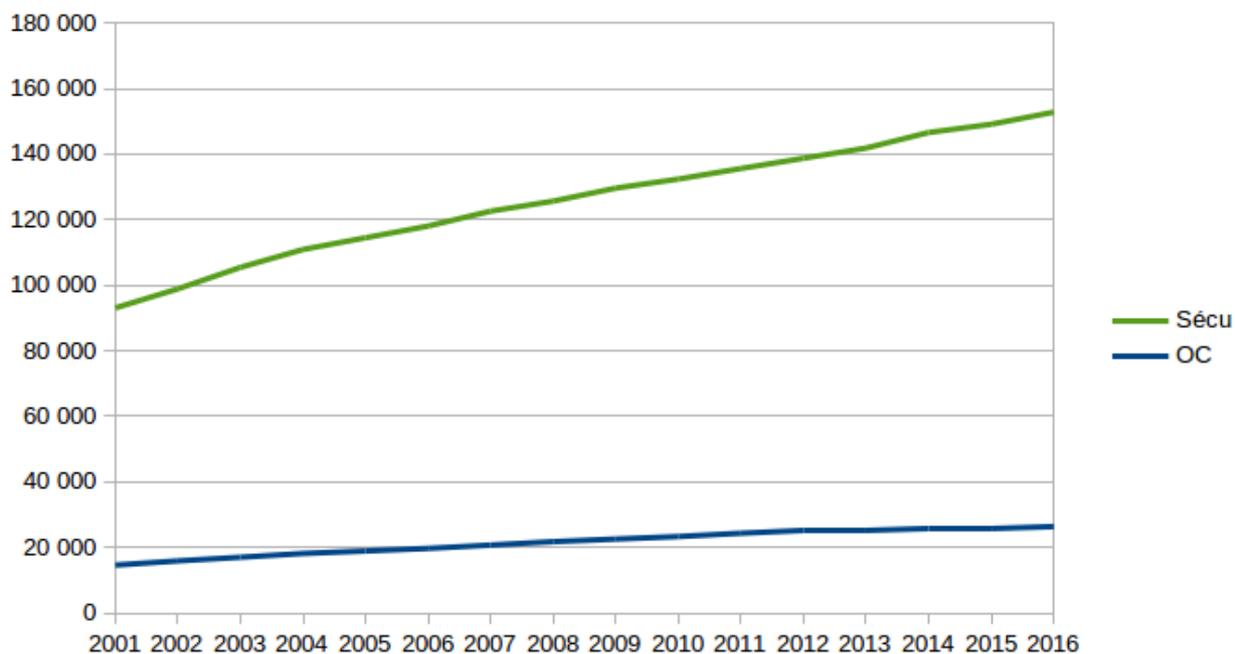


Figure 28 : Évolution du financement de la CSBM, par organisme, en M€, entre 2001 et 2016

Et au niveau des coûts de gestion : (42)

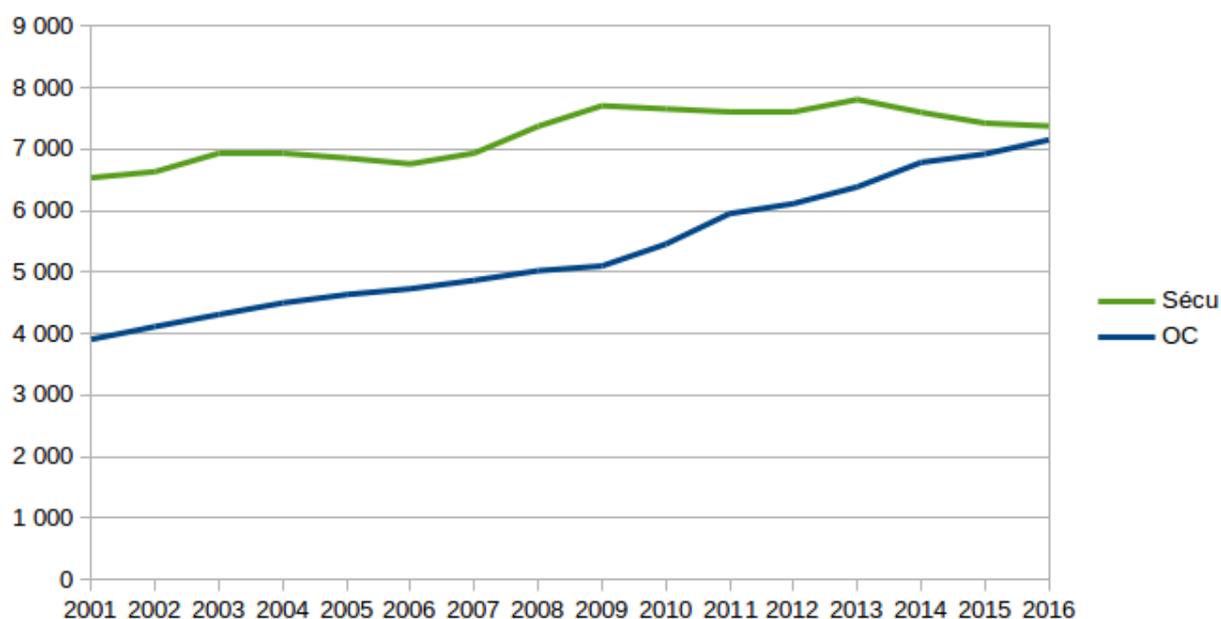


Figure 29 : Évolution des coûts de gestion, par organisme, en M€, entre 2001 et 2016

Les financements de la CSBM ont augmenté de manière constante pour chacune des assurances, au prorata de leur participation à la CSBM. Par contre, au niveau des coûts de gestion, on note une augmentation tout aussi régulière des frais relatifs à la gestion des OC, à l'inverse de la Sécu où ils semblent stagner (notamment depuis 2009).

Aussi, les courbes de la figure ci-dessus tirent un intérêt supplémentaire du fait qu'elles rendent compte de la dynamique qui s'est établie dans les charges de gestion, et laissent logiquement penser qu'elles se croiseront dans les prochaines années, postulant un coût de gestion de l'ensemble des OC supérieur à celui de la Sécu.

iii - Le coût de gestion potentiel dans un système ou l'assurance est étendue

Le Régime Local d'Alsace Moselle (RLAM) est hérité de la fin du 19ème siècle à l'époque où ces territoires sont inclus à l'Empire allemand et son assurance santé bismarckienne. Lors de leur réintégration à la France, alsaciens et mosellans bénéficient, à l'instar du concordat, du maintien de certains droits locaux, non harmonisés avec le reste du pays.

Le RLAM constitue une complémentaire santé obligatoire et organisée sur le modèle de la Sécurité sociale, qui concerne essentiellement les travailleurs salariés du privé, et les chômeurs

et retraités qui relevaient de ce régime, soit 70 % de la population environ (48). Ceux-ci voient le remboursement par la Sécu étendu à travers ce régime, en échange d'un financement assis sur une cotisation salariale supplémentaire de 1,6 %.

Les droits ouverts par le RLAM modifient donc le TM :

- pour l'hospitalisation, le TM est de 0 %, la prise en charge est intégrale, incluant le forfait hospitalier.

- pour les consultations de médecine, le TM est ramené à 10 %

- pour les médicaments, le TM oscille entre 0 et 10 %, à l'exception de ceux pour lesquels le service médical rendu est jugé faible ou insuffisant et pour qui le TM reste à 85 %.

- ...

Aussi, la majorité des assurés du régime local (80%) choisissent une complémentaire santé privée facultative (à l'instar du reste des français) qui couvre le reste du ticket modérateur, et dont les tarifs sont logiquement plus bas que dans le reste de l'hexagone.

Le recouvrement des cotisations dues au titre du RLAM, et le versement des prestations complémentaires qui lui incombent sont effectués par les URSSAF et les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) des territoires concernés. La charge de gestion du RLAM est donc fondue dans ces organismes, mais la charge de travail due au régime local ne semble pas notable (pour exemple, il n'existe pas d'agent dédié au RLAM dans les CPAM, car les versements des prestations des deux régimes (obligatoire de base et local obligatoire) sont opérés simultanément) (48).

Pour ces raisons, les frais de gestion retenus ne sont pas les « frais réels » du RLAM, mais deux montants forfaitaires fixés à :

- 0,5 % de l'ensemble des cotisations recouvrées, destiné au financement du recouvrement des cotisations,

- 0,5 % des prestations versées, destinées au financement du versement des prestations.

Si ces charges de gestion, fixées arbitrairement aux alentours de 1 % du « budget » du régime local peuvent être inexactes, sous-évaluées comme surévaluées, on est bien loin des 21 % moyens des organismes complémentaires facultatifs.

iv - Discussions

De cette analyse, nous pouvons retirer deux enseignements, le premier sur le système français à deux étages d'assurance, le second sur les différences entre Sécu et AMP.

Le premier constat est sans appel, l'inefficacité du système à deux étages que nous suspicions à la fin du second chapitre se vérifie, car l'analyse des différentes formes de coût de gestion souligne l'ampleur de ceux qui sont dupliqués. En effet, quand on les observe plus en détail, la majorité des frais de gestion des sinistres et d'administration entrent dans ce constat, alors qu'ils représentent plus de la moitié des frais de gestion des OC. On peut donc espérer une réduction importante des frais de gestion du système de santé s'il ne reste qu'un seul organisme traitant chaque remboursement et pour chaque assuré.

Aussi, le RLAM vient appuyer ce propos sous un autre angle, car s'il n'a pas fait disparaître le système à deux étages, il montre bien que l'extension d'une assurance déjà établie ne s'accompagne pas d'une augmentation en proportion de ses frais de gestion.

Le second constat réside dans la difficulté à comparer les différences de coût de gestion observées selon qu'il s'agisse de la Sécu ou des OC, mais il est tout à fait possible de tirer certains enseignements de leur analyse.

Certains « think tanks » d'inspiration néo-libérale font l'éloge de la fin ou la diminution du système de Sécurité sociale, arguant la mauvaise gestion de celui-ci (49,50), et cette idée reçue qui a la peau dure s'immisce dans le large champ des médias et des commentaires anonymes qui leurs font suite. Force est de constater que le plus simple des coups d'œil macro-économiques relativise grandement la chose et laisse même songer à l'inverse si on la compare à la gestion des OC.

En effet, l'AMP qui finance une part des soins 6 à 7 fois moins élevée que celle de la Sécu (selon que l'on considère CSBM ou DCS) présente des coûts de gestion qui lui sont complètement comparables (et sans doute bientôt supérieurs). Autrement dit, si l'on considère seulement la CSBM, la Sécurité sociale, pour un financement des soins supérieur de 580 %, propose une gestion supérieure de 3 %. Surtout, l'observation dynamique nous montre des frais de gestion de l'AMP majorés chaque année avec l'augmentation de la dépense de soins, et il est maintenant très difficile d'envisager que le retrait de la Sécu dans le financement des soins au profit des OC se traduirait par la fonte miraculeuse de leurs frais de gestion.

De son côté, la mutualité française, dans son « vrai/faux » sur la gestion des mutuelles (51), ne se risque pas aux mêmes allégations, mais prend le parti, à juste titre, de montrer les faiblesses d'une comparaison directe :

- La Sécu « n'[a] pas à [sa] charge la perception des cotisations ». C'est effectivement vrai, car c'est la branche recouvrement de la Sécurité sociale (dans son sens étendu cette fois-ci) qui s'en occupe, et le compte de cette branche n'apparaît pas dans la DCS. L'ensemble des frais de gestion de la branche recouvrement s'élève à 0,26 % des cotisations encaissées soit 1,26Md€ en 2016, pour l'ensemble des branches (famille, vieillesse...) (52).

- « l'assurance maladie n'est pas, comme les mutuelles, taxée à hauteur de 13,27%, dont 6,2% consacrés à financer la CMU complémentaire ». C'est vrai, mais les taxes consacrées au financement de la CMU-C ne sont pas non plus comptabilisées dans les frais de gestion ou prestations des OC. Elle ne les pénalise donc en aucun cas dans notre analyse.

- « La Sécu n'a pas non plus à "aller chercher" ses bénéficiaires puisqu'elle n'a pas de concurrent ». C'est vrai et d'ajouter, dans la même voie qu'elle réalise des économies d'échelles par sa part prépondérante dans le financement du soin (citant l'analyse de Claude Le Pen, économiste de la santé (53)).

- Contrairement à la Sécu, il existe pour les mutuelles et autres AMP des « dépenses de marketing et de communication - appelées "frais d'acquisition" - [qui] représentent 5% des charges qui pèsent sur les mutuelles ». C'est aussi vrai.

- « les mutuelles ont l'obligation d'être en équilibre financier [...] Ce n'est pas le cas de l'assurance maladie, si on se souvient que le fameux "trou de la Sécu" fait régulièrement la "une" des journaux ! ». Pour Étienne Caniard, alors président de la mutualité française, « le système est financièrement au bord du gouffre » en 2011.

Enfin, la mutualité cite Cécile Philippe, directrice de l'institut économique Molinari (un des think tanks cités plus haut) (54), pour affirmer que la « concurrence entre la Sécurité sociale et les mutuelles garantit la qualité de notre système de soins » et que la multiplicité des mutuelles garantit une concurrence « dont il y a tout lieu de penser qu'elle est créatrice de valeur ». Si la première affirmation est un paralogisme (les champs d'assurance de la Sécu et des OC sont bien distincts et régis par la loi, la Sécu ne peut pas proposer une complémentaire, les OC ne peuvent pas offrir une couverture de base), la seconde prête à réflexion.

Quelques arguments de la mutualité méritent d'être discutés, et parmi eux, ceux des avantages que la Sécu tire de son statut (l'obligation d'équilibre financier a contrario du "trou de

la Sécu", ainsi que la vertu de la concurrence créatrice de valeur feront l'objet de chapitres détaillés plus après) et qui rendraient la comparaison injuste :

1- Elle profite de frais de gestion réduits par les économies d'échelle qu'elle réalise par sa part dans le financement, très majoritaire, qui « dilue » ses frais, dans le cadre de son monopole.

Sur ce point, on a tout à fait droit de penser que, si l'AMP venait à augmenter la part des dépenses qu'elle prend en charge, elle réaliserait des économies d'échelles. Or celles-ci s'observeraient à travers la baisse des pourcentages de frais de gestion, sûrement pas par la baisse de ces mêmes frais en valeur absolue (la fonte miraculeuse évoquée plus avant), sauf à la faveur d'une importante concentration du marché. Les charges de gestion des OC étant déjà conséquentes, il est difficile de l'imaginer rivaliser avec la Sécu qui, sur ce point, a fait ses preuves au travers des performances du régime local d'Alsace Moselle.

2- Les frais secondaires au marché concurrentiel (soit peu ou prou les frais d'acquisition) ne concernent que les organismes complémentaires, et pas la Sécu car elle est obligatoire.

3- La Sécu réalise des économies d'échelle par son caractère universel, en diminuant les frais de gestion par assuré car elle concerne l'ensemble de la population alors que les plus gros des OC ne comptent que quelques millions d'assurés.

Prétendre que les coûts de gestion ne sont pas comparables est l'argument de l'AMP, car elle ne l' imagine pas autrement qu'au sein du marché concurrentiel qui lui est propre et dans lequel elle souhaiterait voir tomber la Sécu. Or, à notre avis, la comparaison prend tout son sens si l'on considère non plus deux assurances, mais deux systèmes d'assurance.

Quelle que soit l'évolution de l'AMP, les frais relatifs à la concurrence resteront car ils constituent l'une des conditions de son marché. Et, si les différents OC n'ont, pour l'instant, ni le monopole ni l'universalité qui feraient baisser leurs charges, ils ne les auront jamais, car c'est inhérent à leur système.

À l'inverse, si la Sécurité sociale bénéficie dans la présentation de ses comptes de son caractère obligatoire, universel et monopolistique, c'est juste la traduction des avantages qu'offre son modèle.

C'est pourquoi il est finalement permis de comparer les deux systèmes. La Sécu, dans sa gestion, a des résultats de très loin supérieurs à ceux des organismes complémentaires, et dire

ceci n'est en aucun cas une tentative de tricher sur les chiffres, mais la mise en exergue des défauts de l'assurance maladie privée. Celle-ci a des défauts inhérents à son système, c'est un problème qui lui est propre et d'autant plus à prendre en compte dans la comparaison.

B) LE MODE DE FINANCEMENT DES ASSURANCES SANTÉ

Une autre différence entre Sécurité sociale et organismes complémentaires réside dans leur mode de financement. Nous l'avons vu plus haut, la Sécu est financée à hauteur d'un pourcentage du salaire ou des revenus, alors que les OC sont majoritairement financées par des primes variant selon le contrat et l'organisme, indépendamment du revenu. Dans les deux cas, l'assurance santé permet un transfert de revenus de certains assurés vers d'autres assurés (à l'exception de l'assuré qui consommerait des soins occasionnant une dépense égale à sa part dans le financement).

i - Les transferts de revenus opérés

Généralités

Envisager l'assurance sous l'angle d'un transfert de revenus permet de clarifier l'analyse du financement, et met en exergue qu'en définitive, les financeurs de l'assurance sont les assurés eux-mêmes. En effet, parler du financement des soins par la Sécu ou les OC, comme nous l'avons fait plus haut, n'intéresse que l'opération « gestion et versement des prestations ». En revanche, considérer le financement de l'assurance santé dans son ensemble inclut le financement de ces différents organismes, assumé en totalité par les assurés, que ce soit au travers des cotisations sociales, de la CSG, des primes des OC, ou du financement du budget de l'État.

De ce point de vue, les différentes assurances santé organisent juste une redistribution des sommes qui leur sont allouées par les assurés, vers les assurés. On observe donc bien un transfert de revenus.

La Sécurité sociale

De par son statut d'assurance santé universelle, la Sécurité sociale opère un transfert de revenu des biens portants vers les malades, sur l'ensemble de la population. Le financement étant indépendant du risque de chacun (on ne finance pas plus quand on est plus malade), on dit que celui-ci est mutualisé au sein de la population.

Aussi, de par son financement, la Sécu organise un transfert des assurés ayant de hauts revenus vers ceux qui n'en ont pas ou peu. En effet, l'assiette de financement intéresse exclusivement les personnes titulaires d'un revenu, tandis que les prestations bénéficient à tous (parmi lesquels ceux qui n'ont pas de revenus, et qui sont souvent les plus pauvres).

Les cotisations sociales, en tant que pourcentage prélevé sur les salaires bruts, opèrent un transfert des assurés ayant les plus grands salaires vers ceux ayant les plus bas. Dans un genre analogue, la CSG (pourcentage des revenus) établit un transfert des hauts revenus vers les revenus les plus faibles.

Ces deux modes de prélèvement instituent, de plus, un transfert des assurés titulaires d'un salaire ou de revenus, vers ceux qui n'en ont pas.

Par extension, et à quelques exceptions près, on peut considérer que le mode de financement de la Sécu organise un transfert de revenus des plus riches vers les plus pauvres.

Les organismes complémentaires

De manière générale, les organismes complémentaires, eux aussi de par leur statut d'assurance santé, organisent un transfert des biens portants vers les malades, mais au sein de leurs assurés et non plus de la population générale. En revanche, la prime des OC étant généralement indépendante des revenus, les OC ne contribuent pas à un quelconque transfert entre hauts et bas revenus.

Fait rare, certains OC indexent leurs primes sur les revenus et participent donc aux deux transferts sus-cités.

Par ailleurs, les OC contribuent au transfert des biens portants vers les malades d'une manière équivalente à celle de la Sécu (de nouveau, seulement au sein du pool plus restreint de leurs assurés), si la prime est la même pour tous les assurés (et c'est le cas par exemple pour tous

les assurés d'un même contrat collectif), le risque est de nouveau mutualisé. Or dans les faits, la tarification dépendante de l'âge est monnaie courante au sein de l'AMP (93 % des contrats individuels) (32), et les organismes qui, historiquement, pratiquaient des tarifs indépendants de l'âge ont tendance à perdre cette spécificité pour s'aligner, ou du moins s'approcher du reste du marché (55). En conséquence, le risque tend à être individualisé, la prime d'achat de l'assurance est dite actuarielle (la mutualisation du risque ne s'opère qu'au sein des assurés d'une même classe de risque (56)). En l'état, quand un OC fait augmenter ses tarifs avec l'âge, les personnes plus âgées étant plus malades, il obère le transfert de revenus opéré des biens portants vers les malades.

En se focalisant sur les contrats individuels, on peut individualiser plusieurs politiques tarifaires en fonction de l'âge (32). Parmi celles-ci, on décrit la « tarification ralentissant après 60 ans » où le tarif de la cotisation double entre 20 et 75 ans, et à l'inverse la « tarification convexe », plus proche du risque réel de l'assuré, ou la tarification quadruple de 20 à 75 ans. Comme souligné plus haut, le transfert de revenus des bien portants vers les malades diminue avec la tarification convexe. S'il faut rappeler qu'il existe une forte hétérogénéité au sein même des mutuelles et des sociétés d'assurance, les premières se distinguent par une plus forte proportion de tarification ralentissant après 60 ans (45 % des contrats individuels, contre 18 % de tarification convexe), tandis que les secondes pratiquent préférentiellement la tarification convexe (85 % des contrats, contre 5 % de tarification ralentissant après 60 ans).

De même, la multitude de contrats proposés au sein d'un OC diminue ce transfert et l'exemple du choix de couverture optique en est manifeste. Choisisent de s'assurer pour une prise en charge des frais d'optique ceux qui savent qu'ils vont acheter des lunettes (car c'est une dépense de santé prévisible) et à l'inverse, celui qui a une bonne vue s'en passe. L'emmétrope ne paye pas pour le myope (alors que, toutes choses égales par ailleurs, le myope est plus malade), il n'existe plus de transfert des biens portants vers les malades dans ce cas.

Enfin, certaines sociétés d'assurances, minoritaires, établissent une tarification dite « au risque », par exemple à l'aide d'un questionnaire médical à remplir avant l'établissement du devis (ces contrats perdent alors le qualificatif de « responsable et solidaire », et les incitations financières qui en découlent). Cette tarification diminue d'autant plus le transfert des biens portants vers les malades à mesure que l'évaluation de l'état de santé du futur assuré est précise.

À l'extrême, on peut imaginer qu'à la faveur de certains outils (« deep learning »...), l'assurance puisse déduire les probabilités précises d'occurrence de chaque maladie pour chaque assuré et définir une prime actuarielle individuelle en conséquence, auquel cas les assurés qui ne

tombent pas malades après la souscription du contrat paieront pour ceux qui, à état de santé initialement comparable, le deviennent. Le transfert de revenus ne s'opère plus alors que des « chanceux » vers les « malchanceux ».

L'État et les ménages

À titre d'information, l'État, quand il finance une partie de l'assurance santé, opère lui aussi, globalement, un transfert des biens portants vers les malades, et d'autres transferts dépendants de son mode de financement. Le budget de l'État est collecté par différents biais (la Taxe sur la Valeur Ajoutée (TVA) et l'impôt sont prépondérants) puis une partie est affectée à la santé indépendamment de la source. En l'état, on peut postuler que certains transferts s'opèrent grâce à l'État, dont voici quelques exemples non exhaustifs selon le type de recettes :

- Les ressources allouées à la santé, et collectées au travers de l'impôt sur le revenu opèrent de nouveau un transfert des hauts vers les bas revenus (et dans un gradient plus important que les cotisations sociales étant donné son caractère progressif), tandis que celles rassemblées grâce à l'impôt sur les sociétés contribuent à un transfert du capital vers les assurés.

- En revanche, la TVA contribuera plutôt à un transfert des consommateurs de biens vers ceux qui n'en consomment pas ou peu (sans rentrer dans les détails des différentes strates de TVA) « indépendamment » de leurs revenus.

Aussi, et indépendamment des recettes, la participation de l'État dans le financement des soins concerne essentiellement les plus précaires (financement CMU-C, de l'aide médicale d'état...) ce qui renforce le caractère solidaire entre hauts et bas revenus.

Aussi, nous avons peu parlé de la part de financement des ménages, pourtant non négligeable au premier abord (8,3 % de la CSBM), car celle-ci intéresse en grande partie les dépenses relatives aux soins exclus de la convention médicale (dépassement, ostéopathie...), et nous ne rentrerons pas dans le débat du choix du panier de soins. En poursuivant dans le cadre de la dépense de soins reconnue par la convention médicale (donc excluant les dépassements), la dépense assumée directement par les ménages est plus marginale, car elle se résume grossièrement aux participations forfaitaires et franchises médicales (car non remboursables par les OC), et au ticket modérateur des non-assurés complémentaires ou de ceux ayant une complémentaire de mauvaise qualité.

Dans ce cas, les ménages, qu'ils soient malades ou bien portants, riches ou pauvres, payent pour eux-mêmes, et ce mode de financement n'opère aucun transfert de revenus.

ii - La traduction des transferts par l'indice de solidarité

Il est possible d'établir un indice de solidarité de l'assurance santé en France et de chacune de ses composantes (Sécu et OC), si l'on définit auparavant les préceptes de justice sociale inhérente à l'assurance santé. Cette justice sociale s'articule autour de deux principes : (56)

- L'équité horizontale dans la consommation des soins, qui considère que chaque individu doit recevoir les soins dont il a besoin.

- L'équité verticale dans le financement des soins, qui implique que chaque individu doit participer au financement des soins à hauteur de sa capacité contributive.

Ce système respectant les principes d'équité au sein d'une population hétérogène s'éloigne donc d'un système strictement égalitaire. Dans un système égalitaire (fictif), chacun apporte la même contribution au financement (les 10 % de la population ayant le plus bas niveau de vie, apporte 10 % du financement, tout comme le décile le plus aisé) et chaque individu consomme la même quantité de soins indépendamment de son besoin.

Dans un système équitable, le premier des principes est estimé en calculant la consommation de soins qu'aurait chaque individu si cette consommation ne dépendait que du besoin de soins (dans une situation où les barrières d'accès aux soins n'existent pas). Le second principe prête plus à débat, mais on peut considérer que la condition minimum à respecter est que le financement de l'assurance n'augmente pas les inégalités de revenus, c'est-à-dire quand celui-ci est proportionnel au niveau de vie. En modélisant, en fonction des revenus, la consommation de soins que chacun devrait recevoir, et la contribution au financement que chacun devrait apporter dans un système où les deux principes sont respectés, on peut établir une comparaison avec un système strictement égalitaire : (56)

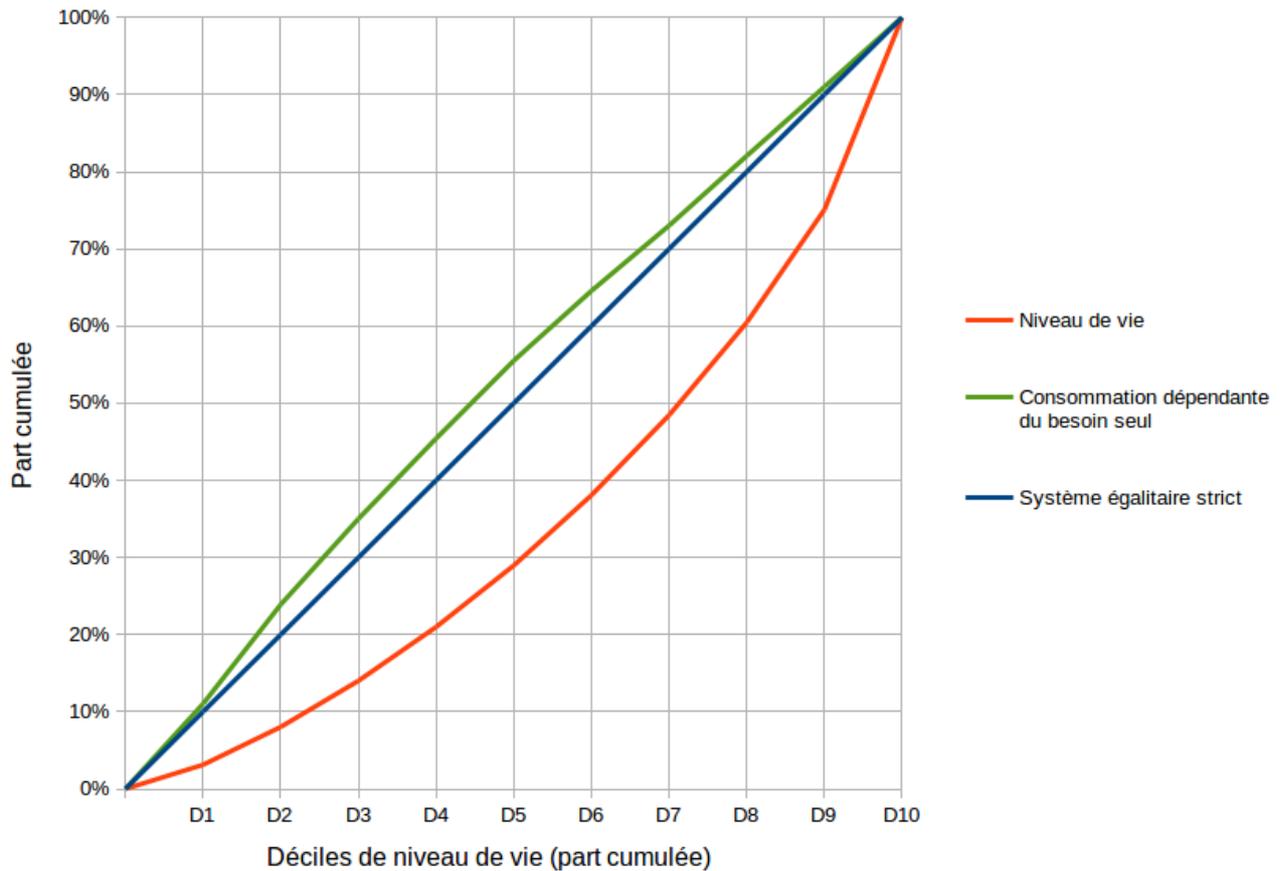


Figure 30 : Indice de solidarité d'un système respectant l'équité

Le système strictement égalitaire est traduit par la droite bleue. Il s'agit en fait de deux droites superposées, l'une traduisant le financement, l'autre la consommation des soins. On peut le lire comme suit :

- le premier décile de niveau de vie (D1, qui représente les 10 % de la population ayant le niveau de vie le plus faible) finance 10 % des soins et consomme 10 % des soins,
- les trois premiers déciles (D3, 30 % des niveaux de vie les plus bas) financent et reçoivent 30 % des soins,
- les deux déciles de niveau de vie les plus haut (D10 – D8) financent et consomment 20 % des soins,
- ...

En revanche, le système respectant l'équité définie plus haut fait contribuer les ménages au financement en proportion de leur niveau de vie (courbe rouge où les premiers déciles financent une part moins importante que les derniers, leur niveau de vie étant plus faible) et

permet une consommation selon le besoin (courbe verte). On peut le lire comme suit :

- les deux premiers déciles financent 8 % des soins (courbe rouge) tandis qu'ils reçoivent 24 % des soins (courbe verte),

- le plus haut décile finance 25 % des soins (car D9 financent 75 %) et consomme 9 % des soins,

- etc.

L'aire entre les courbes verte et rouge constitue la représentation graphique de l'indice de solidarité du système équitable. Algébriquement, celui-ci est contenu dans un intervalle $[-1;+1]$, et est égale à 0 s'il respecte la stricte égalité (les deux courbes se superposent). Quand il est positif, il traduit une redistribution des hauts niveaux de vie vers les plus bas, c'est-à-dire que les premiers déciles consomment plus qu'ils ne contribuent et inversement pour les derniers déciles. C'est ce qu'on observe dans l'exemple du système équitable où la courbe verte de la consommation reste au-dessus de la courbe rouge de financement.

À l'inverse, si l'indice de solidarité était négatif, il traduirait une redistribution des bas niveaux de vie vers les plus hauts, la courbe verte passerait dessous la courbe rouge.

De même, on peut évaluer l'indice de solidarité des différents modes d'assurance au travers de leur mode de financement et des remboursements de soins qu'ils opèrent. L'indice de solidarité est égal à +0,25 pour la Sécurité sociale, et +0,01 pour les organismes complémentaires (56), indices que l'on peut illustrer graphiquement.

Sécurité sociale

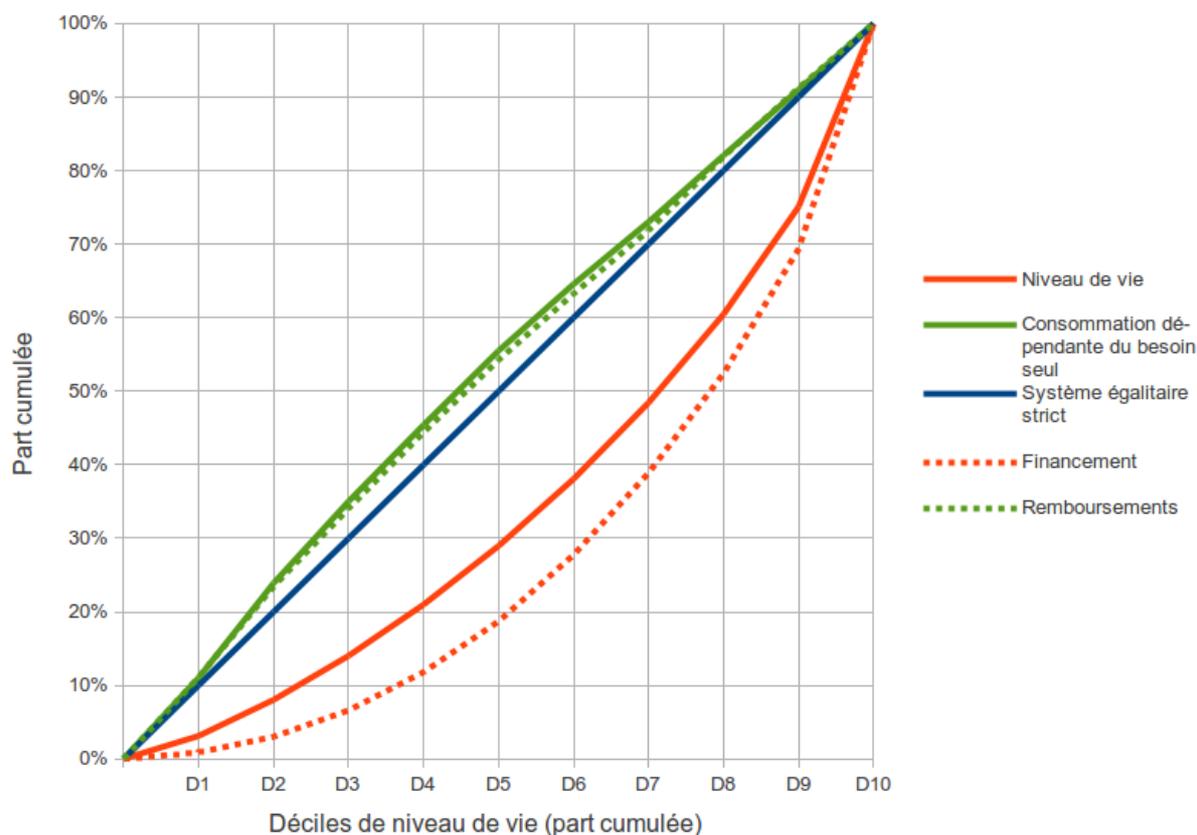


Figure 31 : Indice de solidarité de la Sécurité sociale

Sur le graphique ci-dessus apparaissent en pointillés les courbes représentant le financement et les remboursements relatifs à la Sécu (56). On note que :

- les 3 premiers déciles contribuent à hauteur de 7 % du financement tandis qu'ils consomment 34 % des soins remboursés par la Sécu,
- le dernier décile contribue à 31 % du financement alors qu'il consomme 9 % des soins remboursés.

Si on le rapporte au système d'équité (courbes continues de la même couleur), on peut noter deux choses :

- par son caractère de couverture universelle, la Sécu permet de rapprocher la consommation de soins de celle dépendante du besoin seul, toutefois sans l'atteindre. Elle permet donc de réduire les barrières d'accès aux soins,

- par son financement, assuré en majorité par les 2 à 3 derniers déciles, elle permet une réduction des inégalités de niveau de vie (la courbe continue rouge étant celle du niveau de vie, un mode de financement qui se calquerait dessus serait neutre en termes d'effet sur le niveau de vie). Cela s'explique par les exonérations ou modulations de la CSG en fonction du niveau et du type de revenu.

L'aire entre les deux courbes pointillées est conséquente et traduit un transfert de revenu important des hauts niveaux de vie vers les plus bas (ce pour quoi l'indice de solidarité est important).

Organismes complémentaires

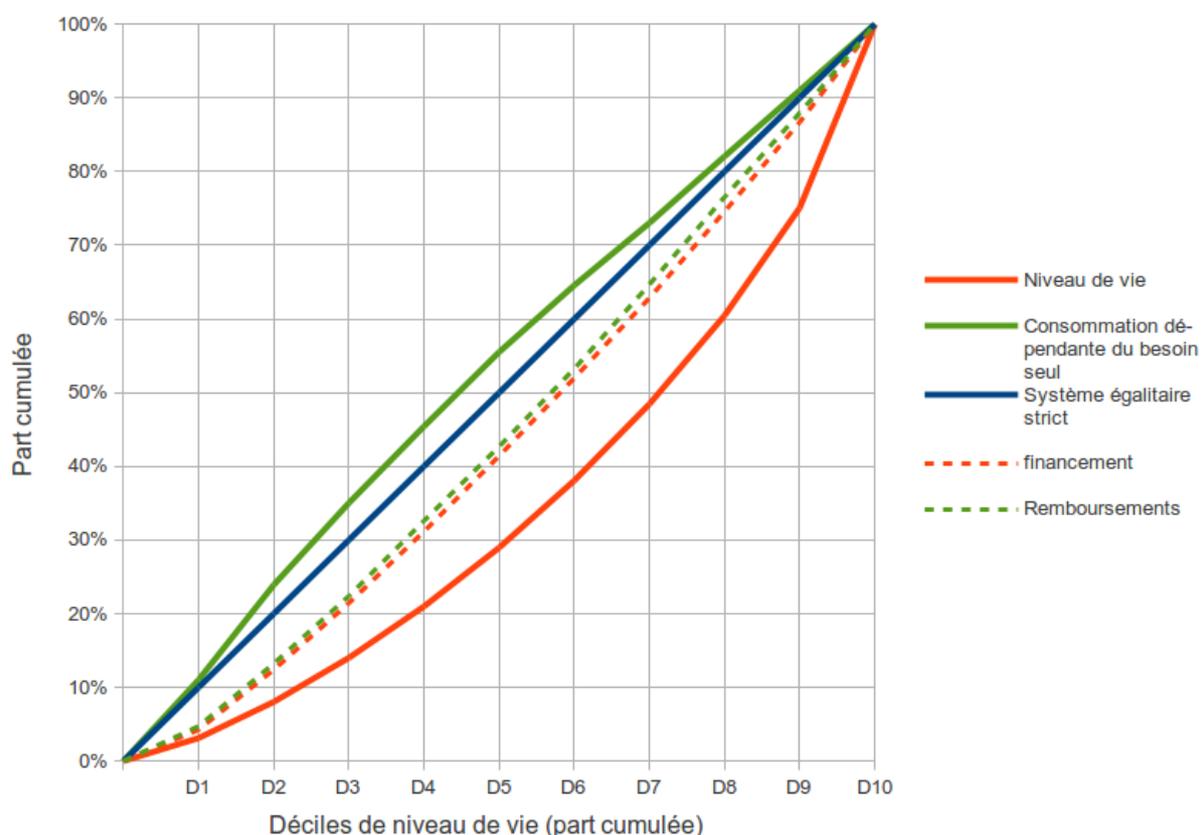


Figure 32 : Indice de solidarité des organismes complémentaires

Dorénavant, les courbes en pointillés illustrent le fonctionnement des organismes complémentaires (56) au travers de leur financement et remboursements :

- les 2 premiers déciles contribuent à hauteur de 12 % du financement et bénéficient de 13 % des remboursements,

- les 3 derniers déciles contribuent pour 37 % du financement et consomment 35 % des soins remboursés par les OC.

De nouveau, en comparant les courbes des OC (pointillés) avec celles du système équitable (continues), on observe que :

- le financement des OC est plutôt assuré par les hauts niveaux de vie, mais cette observation tient du fait que la couverture complémentaire n'est ni universelle, ni homogène, et traduit d'une part, l'absence de couverture complémentaire privée d'une certaine partie de la population (plus pauvre, car représentée par les personnes non couvertes et les bénéficiaires de la CMU-C et l'ACS, cf. partie sur le TM) et d'autre part la souscription à des contrats plus onéreux par les assurés aux plus hauts niveaux de vie,

- les remboursements opérés par les OC se concentrent aussi légèrement sur les hauts niveaux de vie, traduisant de nouveau l'absence de remboursement des plus pauvres (les plus bas niveaux de vie soit ne sont pas remboursés (s'ils n'ont pas de couverture), soit sont remboursés par un autre biais (CMU-C, ACS)), et l'augmentation des remboursements à hauteur du contrat souscrit (les assurés complémentaires ayant un contrat plus cher sont mieux couverts et donc plus remboursés).

En conséquence, l'aire entre les courbes en pointillés est restreinte, l'indice de solidarité est logiquement faible (+0,01) et traduit un transfert de revenus faible lui aussi.

iii - La réduction des inégalités de revenus : le coefficient de Gini

Le coefficient de Gini est un indice permettant d'évaluer les inégalités de revenus au sein d'une population. Il est compris dans l'intervalle [0:1], 0 étant l'égalité parfaite (tout le monde a le même revenu) et 1 l'inégalité totale (situation où un seul individu accapare tous les revenus). En comparant les revenus disponibles avant et après assurance maladie (c'est-à-dire, une situation où l'assurance n'existerait pas et la situation actuelle), on peut observer la variation du coefficient de Gini. Sur les données de l'année 2008, on constate ceci (57) :

1 - le coefficient de Gini sur la population française inhérent aux seules inégalités de revenus est de 0,3042.

2 - après les dépenses de santé (et avant la participation à l'assurance et le

remboursement par celle-ci), les plus pauvres ayant des dépenses de santé un peu plus élevées que les plus riches, ils voient leurs revenus amputés en conséquence. Le coefficient de Gini augmente pour atteindre 0,3135.

3 - l'assurance de par son mode de financement et des remboursements auxquels elle procède, participe à un transfert de revenus. Le coefficient de Gini diminue et s'établit à 0,2531.

On constate que l'assurance permet une diminution des inégalités en les réduisant de 19,3 % (écart entre les situations 2 et 3). Cependant, la Sécu et l'AMP ne participent pas de la même manière et dans les mêmes proportions à cette réduction. Chacun pris de manière isolée, on a : (57)

- La Sécu fait baisser le coefficient de 18,7 % (-15,4 % à travers son financement, et -3,3 % par l'allocation de ses remboursements).

- L'AMP fait baisser le coefficient de 0,5 % (-0,6 % de par son financement, mais +0,1 % par ses remboursements).

iv - Discussions

On voit ici, mis en exergue, l'intérêt de certains modes de financement couplés à l'étendue de la couverture. La Sécu, du fait de son caractère universel et de son mode de financement, permet donc, en plus du transfert des bien portants vers les malades, un transfert important de revenu des plus riches vers les plus pauvres. À l'inverse, la condition d'accès à une couverture complémentaire et la qualité de cette même couverture ne sont soumises qu'à capacité financière. En l'état, l'AMP opère très peu de transferts de revenu des plus riches vers les plus pauvres, signifiant que la solidarité en fonction de la capacité contributive des assurés y est quasi inexistante.

Si l'on y adjoint la diminution de la mutualisation du risque au profit d'un glissement vers le financement actuariel, la définition de la solidarité pour les organismes complémentaires est loin de celle que l'on reconnaît à la Sécurité sociale, et tend à s'en éloigner progressivement.

C) L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

S'il est un reproche souvent fait à la Sécurité sociale, c'est son absence d'équilibre budgétaire et la mutualité ne manque pas de rappeler que « le fameux "trou de la Sécu" fait régulièrement la "une" des journaux ! » (51).

En effet la Sécu présente chaque année un déficit, qui s'élève pour la branche maladie à 4,8 milliards d'€ en 2016 (5,8 Md€ en 2015, 6,5Md€ en 2014) (43). Ce déficit alimente, année après année, la dette sociale (c'est-à-dire la dette contractée par les organismes de Sécurité sociale, au sens large du terme, regroupant le solde des branches maladie, vieillesse, famille...) qui s'élevait à 161 Md€ en 2014 (58).

À l'inverse, les OC présentent, suivant les années, un bilan comptable oscillant entre bénéfique et déficit, et globalement neutre (voire positif en ce qui concerne les sociétés d'assurance) quand on les lisse sur une plus longue période (30). De plus, la loi les oblige à assurer leur solvabilité (et donc garantir le remboursement des assurés) en disposant de fonds propres utilisables en cas d'aléa entraînant une hausse imprévisible de leurs dépenses.

Si on observe les différentes assurances sous un aspect comptable, l'AMP s'établit comme bien plus vertueuse. Aussi, comme dans tout exercice comptable, les organismes qui visent à rejoindre l'équilibre, vont chercher à modifier leurs dépenses d'une part ou leurs recettes d'autre part. L'analyse en termes de dépenses/recettes est donc instructive.

i - La dynamique des dépenses de santé

Les dépenses de santé augmentent constamment d'année en année, nous l'avons vu plus haut, et la France ne fait pas figure d'exception au sein de ses voisins européens, chez qui on observe une évolution comparable (59). De 2006 à 2016, les dépenses de santé, que l'on prenne en compte la CSBM ou la DCS ont augmenté de 30 % (42). Plusieurs facteurs se mêlent pour expliquer la croissance des dépenses, au rang desquels : (60)

- l'accroissement de la population et plus particulièrement son vieillissement,
- la croissance de la richesse nationale,
- le progrès technique en santé,
- l'évolution du prix des soins,
- l'organisation des soins au sens large.

L'assurance (au sens global, Sécu ou AMP), en rendant la dépense de santé supportable pour les assurés, participe sans doute aux facteurs démographiques (elle permet de vivre plus longtemps), économiques (elle garde les producteurs de valeurs en bonne santé) et technologiques (elle permet l'amélioration des techniques de soin). Il apparaît évident qu'elle ne peut se permettre d'avoir une influence volontaire pour ralentir la progression de ces facteurs, son but est inverse (sauf si l'on souhaite réduire à tout prix les dépenses en faisant reculer le champ de l'assurance mais nous avons vu plus haut que cette solution n'est pas souhaitable, car inégalitaire et ayant un impact négatif sur la santé).

Aussi l'évolution du prix et l'organisation des soins sont dorénavant plus du recours de la politique de santé que de l'assurance elle-même, à mesure que le législateur étend son pouvoir aux dépens des caisses d'assurance maladie. La marge de manœuvre des assurances est donc assez faible, et se réduit peu ou prou à la négociation des tarifs d'actes médicaux, ces tarifs se répercutant souvent sur la Sécu comme sur l'AMP (cette dernière conservant tout de même la possibilité de choisir son taux de remboursement).

Enfin, le dernier poste de dépense sur lequel les assurances peuvent jouer pour modifier leur bilan est celui de leur frais de gestion (vu plus haut). Sans rentrer de nouveau dans les détails, nous avons constaté que la Sécu ne s'illustre pas par des frais de gestion déraisonnables a priori, en particulier comparés à ceux de l'AMP, et qui expliqueraient son déficit.

Au total, la croissance des dépenses de santé, qui à bien des égards peut sembler souhaitable (si elle s'accompagne d'une amélioration des performances du système de santé et si elle en est l'un des témoins), n'explique pas les différences d'équilibre budgétaire que l'on observe entre Sécurité sociale et organismes complémentaires.

ii - La dynamique des recettes

Les organismes complémentaires

Nous l'avons vu auparavant, les modes de financement de la Sécu et des OC divergent. Ces derniers fixent leurs primes et les modifient au besoin chaque année. Selon l'UFC-Que Choisir, l'évolution du tarif moyen des complémentaires santé est à la hausse, et s'est établi à 688€ par assuré et par an en 2017, soit une augmentation de 47 % depuis 2006 (61). Cette augmentation traduit essentiellement l'augmentation des dépenses de santé, et de la part de

celles-ci prise en charge par les OC (et des charges de gestion qui ont augmenté en proportion). On peut y voir la traduction d'une gestion efficace de la comptabilité : si l'augmentation des dépenses contribue à une amélioration de la santé, alors il faut permettre cette augmentation, et pour permettre une augmentation des dépenses, il faut procéder à une augmentation des recettes en conséquence.

En ce sens l'AMP a adopté une comptabilité vertueuse, car elle finance les soins tout en atteignant l'équilibre budgétaire (elle y est d'ailleurs contrainte par la loi).

La Sécurité sociale

À l'inverse, la Sécu présente des recettes établies en majorité sur les cotisations assurance maladie et la CSG (plus de 80 % en 2016 (43)). Le montant des taux de ces deux contributions est fixé par le pouvoir politique et l'assurance n'a pas de contrôle sur ses recettes.

En tant que pourcentage des revenus et salaires, la CSG et les cotisations peuvent augmenter de deux manières :

- par une augmentation du taux des contributions. Or le taux de CSG est constant de 2006 à 2017 (7,50 % des revenus), celui des cotisations salariales aussi (0,75 % du salaire brut), et est très légèrement augmenté pour les cotisations patronales (12,80 % de 2006 à 2015, puis 12,84 % à partir de 2016).

- par une augmentation des salaires ou des revenus. Comme elles sont corrélées à la croissance économique, il est possible d'estimer les évolutions de ces deux variables en étudiant les variations du Produit Intérieur Brut (PIB). Selon l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques), sur la même période allant de 2006 à 2017, le PIB croît de 1848 Md€ à 2292 Md€ (62), soit une augmentation de 24 % (21 % de 2006 à 2016).

Nous constatons ici que, premièrement, la dynamique des recettes, fondée sur la croissance économique, est déconnectée de la progression des dépenses, car celle-ci obéit à de nombreux facteurs qui ne sont pas économiques. Deuxièmement, la dynamique économique et celle des dépenses de santé évoluent dans le même sens (elles sont toutes les deux croissantes), mais pas nécessairement à la même vitesse. Il apparaît donc assez logique que la Sécu ait du mal à équilibrer son budget.

iii - Discussion

L'analyse budgétaire, souvent mise au-devant de la scène en ce qui concerne la Sécu, n'est donc pas une question de gestion des ressources, mais plutôt de leurs ampleurs. Si la croissance économique reste inférieure à la progression des dépenses de santé, à taux de contributions constants, la Sécurité sociale est condamnée à être en déficit et alimenter la dette sociale. Une manière simple de mettre fin à ce déséquilibre est d'augmenter les contributions (comme l'AMP le fait), mais cette augmentation est du ressort du pouvoir politique. Il apparaît bien difficile d'affirmer que le déficit de la Sécu serait lié à son inefficacité bien qu'il soit souvent médiatisé comme en étant le témoin patent. Celui-ci traduit bien plus l'absence de décision politique visant à le faire disparaître. En l'état, tant que le pouvoir politique ne souhaitera pas l'en faire sortir, la Sécu restera en déficit.

D) LA CONCURRENCE EN ASSURANCE SANTÉ

Si les coûts supplémentaires en termes de frais d'acquisition observés au sein du marché concurrentiel plaident en défaveur de celui-ci, il se pourrait en contrepartie que la mise en concurrence des OC les pousse à offrir leurs services au moindre coût, si certaines conditions sont remplies.

En ce qui concerne la couverture de base, celle prise en charge par la Sécu, cette dernière jouit d'un monopole incontesté car inscrit dans le droit, la concurrence n'existe donc pas. En revanche, dans le champ de l'assurance santé complémentaire, la multiplicité des organismes et la liberté de choix des assurés entraînent effectivement une concurrence entre ces acteurs.

i - Généralités

Si les économistes discutent d'instituer la concurrence en assurance santé (41,63), c'est parce que les vertus de celles-ci sont admises en terme économique. Seulement, l'instauration d'un tel système exige des conditions garantissant son efficacité, résumées dans le modèle théorique de la « concurrence pure et parfaite » de Arrow et Debreu (64,65).

Toute situation de marché où plusieurs acteurs se font face, et qu'on dénomme

communément concurrence dans une appellation large, n'est pas synonyme de concurrence parfaite (et donc efficace) au sens économique. Nombre de situations relèvent donc, sur le plan économique, plus de la « compétition » entre acteurs, et l'intérêt de celle-ci n'est pas démontré. En d'autres mots, la concurrence au sens commun ou profane, regroupe les situations de concurrence parfaite et donc efficace (concurrence au sens économique), mais aussi et surtout des situations de compétition économique (dont l'efficacité n'est pas prouvée, bien au contraire).

Sans rentrer dans la complexité de la théorie, on peut avancer que la concurrence a des effets positifs sur l'économie quand certaines conditions sont remplies. Tous les marchés n'étant pas identiques, la concurrence, au sens commun, n'aura pas les mêmes effets sur chacun de ceux-ci. Adapter la concurrence à l'assurance santé ne déroge pas à la règle et implique des régulations du marché visant à le rapprocher le plus possible de celui où la concurrence serait pure et parfaite.

Un regard sur les systèmes de santé étrangers illustre ce propos :

- En Suisse et aux Pays-Bas, les différentes caisses d'assurances ont été mises en concurrence sous conditions définies par le pouvoir législatif, en particulier l'absence de tarification au risque (celui-ci est donc mutualisé), la définition d'un panier de soins homogène (63)... Les résultats de ces deux pays sont comparables à la situation française selon les indicateurs clés de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques) en 2016 tant sur les variables économiques (11 % du PIB consacré aux dépenses de santé en France (dont 79 % assuré par l'AMO et l'État), 10,5 % aux Pays-Bas (dont 80 % AMO et État), 12,4 % en Suisse (dont 66 % AMO et État)) que de l'accès et de la qualité des soins (66). Le pouvoir législatif, en imposant certaines règles, permet de rapprocher le marché de l'assurance de la situation de concurrence au sens économique.

- Aux États-Unis d'Amérique, la concurrence s'est développée autour d'une logique de prime actuarielle assumée (la tarification au risque se fait volontiers sur questionnaire médical) et un panier de soins inhomogène, qui semblent économiquement peu efficient au regard de la mise en parallèle des dépenses et indicateurs de santé. Si l'on combine ses performances sur le plan financier (17,2 % du PIB sont affectés aux dépenses de santé, dont 50 % assumés par l'assurance publique) et sur les autres indicateurs de santé (les USA se placent souvent en deçà de la moyenne, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins), la conclusion est sans appel (66). La situation états-unienne relève de la concurrence au sens commun, mais pas au sens économique pour lequel il s'agit plutôt d'une compétition inefficace.

Nous ne rentrerons pas plus en profondeur dans le détail des modalités d'instauration d'une concurrence efficace en France, car ce sujet mériterait le travail de toute une thèse. Les exemples cités précédemment sont donc présents ici pour rappeler que plusieurs types de concurrence peuvent exister, qu'ils ne sont pas tous synonymes d'efficacité économique, car celle-ci exige la présence de nombreux garde-fous (41,63).

ii - La concurrence en France

Le marché de l'assurance complémentaire privé en France ne remplit pas les exigences d'une concurrence efficace, et ce pour plusieurs raisons parmi lesquelles :

- Le marché actuel de l'AMP propose différents contrats dont les prix et la couverture sont très hétérogènes notamment d'un assureur à l'autre. Ceci contribue à une absence de lisibilité pour l'assuré qui ne peut pas réaliser une comparaison directe et faire ainsi jouer la concurrence (41).

- La publicité, pour laquelle les frais tendent à augmenter (67), diffère, par définition, de l'information loyale, car son but est d'influencer le comportement de la population visée. L'assuré modifie son comportement, et s'écarte de celui qu'il aurait adopté en connaissance de cause (en situation d'information « éclairée »).

- Le marché de l'AMP n'est pas un monopole, mais constitue un oligopole qui tend à se concentrer de plus en plus ces dernières années (30) (534 OC en 2015 contre 1631 en 2001, et dont les 20 plus gros représentent 51 % du marché). Cette situation est propice aux ententes entre assureurs, qui peuvent, de ce fait, freiner la diminution des prix (car il est plus facile de s'entendre à 10 qu'à 1000).

- Aussi les plus gros organismes bénéficient d'économies d'échelle par rapport aux plus petits et a fortiori à ceux qui souhaiteraient entrer sur le marché, mettant à mal le principe de libre entrée et sortie du marché (les nouveaux acteurs, comme les petits acteurs sont donc désavantagés).

iii - Discussion

On constate que le marché de l'AMP en France ne s'établit pas sur le modèle de « concurrence pure et parfaite » dont il y aurait lieu d'attendre une amélioration des performances économiques. Sans discuter des moyens que l'on pourrait mettre en œuvre pour atteindre ce modèle, on peut surtout voir que le marché de l'AMP s'en écarte avec la concentration du marché et la place grandissante de la publicité sans qu'un cadre légal fort ne vienne réglementer cette mue. Le modèle français de l'assurance complémentaire n'est donc pas un marché concurrentiel (au sens économique du terme, c'est à dire efficace) mais plutôt un système d'organismes en compétition dont l'efficacité peut être clairement mise en doute.

III.3] CONCLUSION

Ce dernier chapitre vient souligner la spécificité et l'inefficacité des deux étages de remboursement dans le modèle français. Nous avons vu précédemment que ce système est pourvoyeur de frais de gestion doublés sans gain d'efficacité. En effet, la présence de deux opérations identiques effectuées par chacun des organismes n'offre pas un meilleur service à l'assuré, bien au contraire, car celui-ci doit aussi effectuer le double de déclaration. Dans le même temps, l'observation du régime local d'Alsace Moselle prêche à penser que l'extension des remboursements d'une assurance puisse se faire (presque) sans surcoût de gestion pour celle-ci.

Dès lors, le système à deux étages que ni la théorie, ni l'observation empirique ne saurait justifier (car il résulte d'un système pourvoyeur d'inégalités d'accès aux soins), s'avère aussi tout à fait inutile car inefficace économiquement.

Le cheminement de cette thèse amène logiquement à souhaiter la présence d'un organisme unique, pour chaque assuré, et dont la prise en charge serait étendue à l'ensemble du soin. Il convient donc d'étudier les « forces en présence » pour interroger qui de la Sécu ou de l'AMP, est la plus à même d'étendre sa prise en charge en respectant notre postulat initial. Non pas qu'il faille considérer ces deux organisations comme les seules alternatives, mais leur coexistence permet une comparaison directe sur leurs qualités respectives.

Dans l'analyse, nous avons vu la supériorité du mode de financement socialisé et obligatoire de la Sécurité sociale en comparaison de celui des OC. En effet, celui-ci permet de réduire légèrement les inégalités de niveau de vie alors que le financement par prime de l'AMP

aura tendance à les creuser. Aussi la répartition des remboursements nous informe qu'ils se rapprochent du besoin de soins, quand ils sont effectués par la Sécu, alors qu'ils peinent à s'écarter de l'effort contributif des ménages lorsqu'ils sont opérés par les organismes complémentaires. L'universalité et l'homogénéité de l'assurance publique facilitent donc l'égalité d'accès aux soins, et ce bien mieux que l'assurance complémentaire.

Nous avons aussi vu que l'un des points faibles de la Sécu, à savoir son déficit, bien que revendiqué par ses détracteurs au motif qu'il alimente la dette sociale, n'est en rien inhérent à son fonctionnement, mais est plus du ressort de la volonté politique. Il n'est donc pas souhaitable de retenir cet argument dans notre comparaison.

Par ailleurs, lorsque nous comparons les différents organismes, s'il n'est pas possible de tirer une quelconque conclusion sur l'efficacité de la gestion, l'analyse plus en détail en ne considérant plus deux types d'assurance, mais deux systèmes (l'un monopolistique, l'autre concurrentiel) est instructive. Le marché concurrentiel entraîne un coût supplémentaire en frais de gestion, mais revendique par ailleurs une efficacité économique héritée de la théorie de concurrence pure et parfaite. Or, force est de constater qu'à l'heure actuelle, le marché de l'AMP est éloigné des conditions qu'exige une concurrence économique efficace. Il s'agit donc plutôt d'une compétition entre organismes dont l'efficacité ne peut être admise de fait (alors qu'il serait attendu dans une situation de concurrence). On constate donc que la situation monopolistique de la Sécu ne l'incite pas à la productivité, mais qu'il n'est pas possible d'affirmer l'inverse pour les OC.

Aussi, l'AMP peut opposer son hétérogénéité à cette analyse, mais, phénomène alarmant, celle-ci masque partiellement la mue du marché des complémentaires, et sous la pression de la concurrence, la solidarité se délite au sein même des organismes qui la revendiquent historiquement (les mutuelles mutualisent de moins en moins). Plus grave encore en termes d'égalité d'accès, ce sont les sociétés d'assurance qui gagnent en part de marché, alors même qu'elles s'illustrent par le moins bon retour sur cotisation et placent la tarification actuarielle au cœur de leur fonctionnement. Preuve s'il en fallait de l'échec de la concurrence sur le marché des complémentaires santé en France, celle-ci entraîne l'émergence de plus en plus marquée des organismes les moins efficaces économiquement. Aussi, si l'on considère maintenant nos postulats énoncés au départ, la concurrence entre les organismes complémentaires diminue la solidarité. À ce jeu de la compétition, les sociétés d'assurance s'établissent en grands gagnants, et le grand perdant est la solidarité, emmenant avec elle les assurés les plus modestes pour autant qu'ils puissent encore l'être.

En définitive, la Sécurité sociale fait montre d'une organisation respectant plus notre postulat normatif d'universalité et d'égalité d'accès que l'AMP. Dans l'hypothèse d'une assurance unique, s'il faut choisir entre l'extension de la prise en charge par la Sécu ou par l'AMP telle qu'elle existe en France, l'hésitation n'est pas possible, la Sécurité sociale offre sans nul doute de meilleures performances. Cela ne signifie en rien que le système de Sécurité sociale est optimal – on peut, par exemple, tout à fait imaginer un modèle d'assurances privées en concurrence dont le financement serait calqué sur celui de la Sécu, garantissant une certaine solidarité – mais permet de souligner la supériorité de la Sécurité sociale sur l'AMP dans sa forme actuelle. En l'état, l'hypothèse proposant de définir un panier de soins distinct pour chacun des organismes n'aura de conséquences que d'amputer la solidarité dans les soins qui échappent au champ de la Sécu.

CONCLUSION

La théorie économique dominante suggère que limiter l'assurance santé est vecteur d'efficacité dans l'allocation des ressources. Maintenir un reste à charge pour l'assuré contribuerait à cantonner les dépenses de santé à celles véritablement utiles. En revanche, les dépenses inutiles diminuant, elles permettraient de dégager de nouveaux moyens à accorder à de nouvelles dépenses utiles, d'où le gain en efficacité. Le maintien du ticket modérateur en France se justifie notamment par ce biais. Cependant, nous constatons dès le début de notre exposé que de nombreuses possibilités existaient pour se soustraire à ce reste à charge. Ces dernières répondaient en partie à l'exigence constitutionnelle réclamant pour chacun des moyens suffisants pour assurer sa santé et, dès lors, nous pouvions nous interroger sur la légitimité d'un tel dispositif, car il semblait aller à l'encontre de notre postulat normatif stipulant que chacun avait droit à la santé, sans distinction.

Nous avons commencé par proposer une analyse critique des justifications théoriques du ticket modérateur. La théorie économique de l'aléa moral s'établit sur le constat de l'augmentation de la dépense de santé à mesure que l'assurance santé augmente, ce qui est incontestable. Elle prétend qu'au-delà d'un certain seuil, l'utilité de l'assurance est trop faible en regard de la dépense qu'elle exige. Le soin devenant donc inutile (ou pas assez utile), l'assurance porte atteinte à l'efficacité du système de santé (par rapport à une assurance optimale, les dépenses augmentent beaucoup pour un bénéfice de plus en plus minime). Par la suite, l'étude empirique HIE de la RAND Corporation venait conclure à une augmentation de la dépense de santé en situation d'assurance à 100 %, sans mettre en évidence un quelconque bénéfice sur l'état de santé des populations mieux assurées, et entériner de la sorte les conclusions de la théorie.

Seulement, si la théorie économique de l'aléa moral est valide, certains travaux plus récents sont venus contester les hypothèses de l'analyse dominante, et donc ses conclusions. Ne considérant plus l'assurance comme un moyen de couvrir le risque maladie, mais comme un transfert de revenu assurant la solvabilité de ceux qui nécessitent le soin, l'utilité du soin en situation d'assurance est revue à la hausse. En effet, cette augmentation de l'utilité se traduit par l'accès à des soins très coûteux, mais aussi aux soins de base pour ceux dont les revenus seraient insuffisants hors assurance, deux points que la théorie première ne considérerait pas explicitement.

Ces éléments théoriques traduisent l'opposition entre deux considérations des soins au-delà de l'assurance prétendue optimale : la première les établit comme soins inutiles, la seconde comme un renoncement aux soins, quelle que soit leur utilité. Or, plusieurs travaux laissent penser que l'assuré est incapable de faire la distinction entre soins utiles et inutiles (ce qui semble assez logique, l'inverse remettrait en question l'existence du médecin), le renoncement induit par le reste à charge pourrait donc nuire à la qualité des soins. L'analyse plus en détails des résultats de l'étude HIE est aussi venue traduire ces ajouts, en révélant un effet bénéfique de l'assurance santé sur la santé des assurés ayant les revenus les plus faibles.

Parce que ses hypothèses sont discutables, extrapoler au système de santé les conclusions de la théorie économique de l'aléa moral en promouvant le reste à charge, et son pendant français, le ticket modérateur, est donc tout à fait contestable.

Nous avons poursuivi notre analyse en étudiant plus particulièrement les implications d'un tel dispositif dans le cas français. Le caractère désincitatif du ticket modérateur, en France, est mis à mal depuis la création de la Sécurité sociale et jusqu'à nos jours, par de nombreuses exonérations (ALD, CMU-C...) visant à rapprocher le système de santé de notre postulat de départ. En parallèle, l'assurance maladie privée s'est étendue pour ne laisser que 5 % de la population sans couverture complémentaire. Ce constat permettait de remettre en cause l'intérêt d'un dispositif ne « touchant » qu'une part très faible de la population.

Cette remise en cause prend d'autant plus de sens quand on s'intéresse à la population finalement désincitée. Celle-ci concentre les plus pauvres, les plus précaires et les plus malades et fait écho à celle la plus exposée au renoncement. En effet, en France, ceux qui renoncent le plus aux soins sont de même les plus pauvres, les plus précaires et les plus malades, mais aussi les plus privés d'assurance complémentaire.

Le ticket modérateur, s'il n'est pas certain qu'il soit la cause du mauvais état de santé des plus précaires, a pour effet de sanctionner les plus privés de soins car plus pauvres, et ceux qui le nécessitent le plus car plus malades. En ce sens, ce dispositif que l'assurance complémentaire a privé de sa raison d'être agit comme amplificateur d'inégalités de santé, et s'oppose frontalement à notre postulat normatif prônant une égalité d'accès aux soins.

Indépendamment de sa remise en cause théorique, l'efficacité économique que devrait apporter le ticket modérateur est maltraitée par l'évidence du coût supplémentaire induit par les deux étages d'assurance. Autrement dit, le ticket modérateur, dont le maintien en France s'appuie sur une théorie revendiquant l'efficacité de la dépense de santé, est vecteur d'inefficacité économique car il est assurable et contribue à une charge administrative doublée, et d'inefficacité

sanitaire car il ne respecte pas les préceptes d'égalité que nous avons établis pour le système de santé. Y ajouter les failles de la théorie qui le soutient amène à proposer sa suppression.

Nous avons choisi volontairement d'envisager la suppression pure et simple du ticket modérateur au profit d'une extension de l'assurance à 100 % en laissant de côté plusieurs pistes avancées de modulation de celui-ci. Il s'agit essentiellement de la création de franchise annuelle qu'il serait interdit d'assurer, de la modulation du ticket modérateur en fonction du revenu, ou d'une combinaison des deux, et qui pourraient être compatibles avec la suppression du double étage d'assurance. L'hypothèse que nous avons choisie avait à nos yeux deux intérêts.

Le premier, celui de la cohérence, établit que si l'on souhaite persévérer avec un ticket modérateur, même modifié, cela implique d'adhérer au moins en partie à la théorie économique de l'aléa moral. Il apparaît donc étrange de venir lutter contre celui-ci en exonérant progressivement les plus petits revenus. En d'autres termes, on crée un reste à charge sous couvert d'efficacité pour le contrer directement sous couvert d'assistance.

Le second est celui de la réduction des inégalités. La suppression du TM permet de supprimer de facto les inégalités qui en découlent, là où la modulation sur critères de revenus ne fait que les réduire avec parfois des effets averses. À cet égard, l'exemple des effets de seuil observés avec la CMU-C est parlant : la personne en difficulté n'est plus celle qui est « très pauvre », mais celle qui l'est un peu moins, et qui plus est, le financement d'un tel dispositif s'est fait par ponction sur les cotisations collectées par les OC, qui logiquement ont augmenté leurs recettes pour faire face à cette hausse de dépense, éloignant d'autant la couverture complémentaire pour les « un peu moins » pauvres. Certes, une forte progressivité du ticket modérateur limiterait ce phénomène (même si le moindre euro de reste à charge aura toujours plus de poids dans la poche du plus pauvre), mais il convient de préciser les moyens d'évaluation des revenus (si une lourde dépense de santé se trouve contemporaine d'une chute du revenu, on peut imaginer ici aussi un effet retard délétère) et de définir son mode de financement afin que celui-ci ne creuse pas plus les inégalités.

Beaucoup de zones d'ombre planent donc sur ces possibilités, mais le dispositif semble complexe à mettre en place pour, une nouvelle fois, plaider à une théorie discutable.

Aussi, nous avons laissé de côté dans notre analyse l'incohérence de certaines politiques de santé relatives au reste à charge. En premier lieu, les participations forfaitaires et franchises médicales constituent des restes à charge que les OC ne peuvent assurer sous peine de perdre leur statut « responsable et solidaire » et les incitations financières qui en découlent. À première vue, interdire d'assurer un reste à charge est cohérent si l'on adhère à la théorie de Pauly, d'autant

plus quand il apparaît minime (de l'ordre d'1€) et ne devrait donc pas être vecteur d'inégalités. Cependant, dans les faits, très peu d'assurés sont conscients de ce reste à charge, et encore moins de son fonctionnement (lors d'un tiers payant, les franchises ou forfaits sont retranchés d'un remboursement ultérieur), le caractère désincitatif diminue à mesure que le dispositif est peu lisible (68). De plus, les bénéficiaires d'une ALD ne bénéficient pas d'exonération de ces dispositifs (à l'inverse des bénéficiaires de la CMU-C), or ce sont eux qui consomment le plus de soins, et donc subissent le plus ce reste à charge (qui plus est, du fait du tiers payant qui leur est dû, dans la majorité des cas, en pharmacie et en consultation, ceux-ci accumulent peu à peu une dette qui annulera souvent leur prochain remboursement hors ALD). Cette mesure s'avère aussi inégalitaire, voire plus que le ticket modérateur. En visant une baisse des dépenses publiques de santé, elle pénalise essentiellement la consommation de soin de ceux qui en ont le plus besoin. Enfin, et à l'instar du TM, son caractère indépendant du revenu, excepté pour les bénéficiaires de la CMU-C, rend le taux d'effort plus important pour les plus démunis qui n'y ont pas droit (68).

Plus récemment, l'introduction de l'obligation de la complémentaire santé d'entreprise en janvier 2016 (par l'ANI (Accord National Interprofessionnel) de 2013) constitue aussi un exemple de réforme politique délétère. En visant l'extension de la couverture complémentaire privée pour tendre vers l'universalité, l'ANI agit sans cohérence avec une politique de santé qui promeut le reste à charge. En effet, nous avons vu que si un TM existe, le rendre assurable est illogique, et obliger cette assurance l'est d'autant plus. Aussi l'argument en faveur de cette réforme est la généralisation de la complémentaire à l'ensemble de la population. Or dans les faits, les personnes les plus privées de complémentaire sont aussi celles qui sont le plus privées de travail ou possédant des contrats précaires, et sont exclues de cet accord. L'ANI ne généralisera pas la complémentaire santé à la population, mais il aura peut-être la conséquence de faire baisser la qualité de la couverture complémentaire. En effet, le socle minimum de prise en charge que doit contenir les complémentaires d'entreprise est inférieur à ce que proposait la plupart des contrats collectifs auparavant, et il y a lieu de penser que certains assurés vont recourir à une couverture surcomplémentaire en sus (selon un sondage, 16 % l'avaient déjà fait en mai 2016 (55)). Peu prompt à constater le surcoût en gestion qu'entraîne un système de remboursement à deux étages, l'ANI contribue à en créer un troisième.

Un dernier point et non des moindres concerne les incitations financières consenties pour soutenir ces programmes. On l'a vu plus haut, la souscription à des contrats dits « responsables » accorde aux OC des exonérations fiscales en échange de restrictions dans ces mêmes contrats : interdiction de rembourser forfaits et franchises, limitation des remboursements des dépassements d'honoraires ou des dépassements de frais en optique (on oblige les assurés à

payer de leur poche les dépassements, plutôt que de les interdire ou de revaloriser la prise en charge). De même, l'ANI prévoit des exonérations fiscales et sociales pour inciter les entreprises à faire l'acquisition d'une complémentaire pour leurs salariés (alors même que celle-ci était rendue obligatoire par la Loi). C'est ici une situation paralogique où l'État, pour limiter à tout prix les dépenses publiques de santé, consent à subventionner l'assurance maladie privée, et de manière non négligeable (5,6Md€ en 2011) alors même qu'elle laisse de côté des non-assurés, qui s'il est vrai qu'ils sont de moins en moins nombreux, concentrent surtout de plus en plus de précaires.

Plus globalement, on ne peut comprendre la logique de ces réformes qui maintiennent un reste à charge « public » tout en multipliant les mesures incitatives ou coercitives visant à le réduire via l'assurance privée, pourtant moins égalitaire et sans doute plus coûteuse. Les politiques de santé ne peuvent donc invoquer la théorie économique pour justifier de leur orientation, et il nous est difficile d'y voir d'autres motifs que la privatisation du système de santé.

Par ailleurs, nous n'avons pas précisé la signification d'assurance « à 100 % ». Ce débat fut éludé car il dépasse de loin le champ de l'économie pour toucher aux notions médicales où l'incertitude est grande. Pour plus de simplicité, on peut considérer l'assurance maladie à 100 % comme assurance qui rembourse 100 % de la BRSS, ce qui permet de définir un panier de soins de manière simple (sans que celui-ci soit forcément optimal). Pour ce faire, il faudrait en discuter de nombreux points dont notamment les dépassements. Mettre en balance la justification (souvent fragile) des dépassements d'honoraires et les inégalités dont ils sont la cause amène rapidement à souhaiter leurs suppressions. Au même titre, l'observation des dépassements de frais en optique ou dentaire porte la réflexion sur la revalorisation de certains actes ou dispositifs, mais ne les justifie pas outre mesure.

Cette considération de l'assurance à 100 % permettait donc, sans entrer dans le détail, de définir les coûts des assurances au sein d'un panier de soins équivalent à celui défini avec les professionnels de santé dans les différentes conventions, car la comptabilité macro-économique les intègre.

Supprimer le ticket modérateur permettrait une réduction des inégalités et la suppression d'un double étage d'assurance coûteux. Seulement, si une assurance étend sa prise en charge à 100 % du soin, reste à savoir quelle forme elle doit revêtir. Par la suite, nous nous sommes donc intéressés aux différentes assurances présentes en France et donc les plus susceptibles d'être amenées à remplir cette fonction, à travers une comparaison entre le modèle d'assurance

publique que représente la Sécurité sociale, et le modèle d'assurance privée regroupant l'ensemble des organismes complémentaires privés dans sa globalité, puis dans le détail quand son hétérogénéité l'exigeait.

Nous avons présenté les transferts de revenus importants générés par les modes de financement et de remboursement de la Sécurité sociale, en regard de ceux que l'assurance maladie privée permet. Celle-ci offre des remboursements qui augmentent à mesure que l'on peut y contribuer ne participant que très peu à la solidarité, tandis que celle que génère la Sécurité sociale est considérable et participe même à la réduction des inégalités de niveau de vie.

Par la suite, nous avons vu comment le système concurrentiel de l'assurance maladie privée ne répondait pas aux exigences nécessaires à une efficacité économique, mais que les frais de gestion engagés dans ce que l'on peut qualifier de compétition entre organismes étaient eux bien réels. Ce marché, s'il n'a pas su contribuer à l'efficacité qui le justifiait a priori, aura à l'inverse mené sa mue au bénéfice des sociétés d'assurance, qui se distinguent par de moins bons résultats économiques pour leurs assurés (de moins bons retours sur cotisations), et une solidarité réduite par une politique volontiers actuarielle.

Ce troisième chapitre, même s'il peut s'y apparenter, n'a pas vocation de plaider pour la Sécurité sociale, mais met en exergue les points forts qu'elle tire de ses principes. Il semble en effet difficile de concilier l'égalité d'accès aux soins par la réduction des barrières financières individuelles sans appliquer le principe d'universalité de la Sécurité sociale à l'assurance santé. Dans le même temps, la solvabilité d'un tel système ne saurait être maintenue sans l'obligation d'affiliation et de cotisation dont elle bénéficie.

En revanche, nous n'avons pas abordé l'idée du libre choix dans l'assurance qui peut sembler séduisante, tant elle rappelle le caractère coercitif de la Sécurité sociale en France. Cependant, la liberté revendiquée ici relève plutôt d'un argumentaire idéologique qui irait à l'encontre de notre postulat. Dans un système non subventionné, celui qui est libre de choisir son assurance est celui qui a les moyens de se le permettre. Il n'est donc pas étonnant que cette pensée trouve son soutien dans les catégories socio-professionnelles supérieures ou aisées. Cette liberté d'assurance revendiquée masque l'intention de plonger dans un modèle actuariel pur. Si certains revendiquent la liberté, c'est parce qu'on leur fait miroiter une assurance similaire à moindre coût. De libres dans le choix de l'assurance, ils sont devenus libres de sortir de la solidarité. Seulement, si ceux qui peuvent contribuer le plus renoncent à le faire, qui viendra contribuer pour ceux qui n'en ont pas les moyens ? Là est le vrai questionnement car, de manière manichéenne, si les riches ont le libre choix dans l'assurance, les pauvres ont eux aussi le choix, mais entre la ruine et la maladie. Le cas des États-Unis d'Amérique en est l'exemple type, la

dépense de santé y est devenue la première cause de faillite personnelle (69). Proposer le libre choix dans l'assurance santé revient en définitive à proposer aux plus précaires le libre et cynique choix entre mourir de faim ou de maladie.

On le comprend aisément quand on rappelle qu'au bout du compte, ce sera toujours l'assuré qui paiera les soins (directement ou indirectement via son assurance), la réduction des dépenses publiques s'accompagnera d'une augmentation des dépenses privées, dénuées de solidarité. La dépense globale ne diminuera pas, sauf à espérer le renoncement à l'assurance complémentaire, ce que l'adhésion massive contredit dans les faits, ou le renoncement aux soins de ceux qui en sont privés, phénomène amplificateur d'inégalités sociales de santé difficilement acceptable.

Par ailleurs, nous avons aussi montré que, si la Sécurité sociale tire un bénéfice des économies d'échelle qui découlent de son statut, sa situation monopolistique ne la pousse pas à davantage de productivité. Cependant, on constate en parallèle que la situation sur le marché de l'assurance privé, tel qu'il existe à cette heure, ne rend pas souhaitable son extension, bien au contraire (pour toutes les raisons citées précédemment). En l'état, souhaiter l'extension du marché privé au détriment de l'assurance publique se fait sous couvert de la confusion sémantique qui règne autour du principe de concurrence. Les laudateurs du marché privé de l'assurance invoquent les bienfaits de son extension par la concurrence (au sens commun, mais non effective au sens économique) qu'il apporte, or nous avons vu qu'en France cette concurrence n'est pas efficace. Cet argument serait recevable au sein d'un marché effectivement concurrentiel dont certains des modes de régulation ne sont, pour l'heure, pas mis en pratique (l'obligation d'un panier de soins homogène, l'interdiction de tarifier au risque incluant l'âge...), quand d'autres restent tout bonnement à imaginer.

Pour conclure sur le cas français, le ticket modérateur ne se justifie que par l'inertie qui accompagne son ancienneté. Son existence fige un système d'assurance santé mixte, propre à la France, dans un modèle inutilement coûteux et pourvoyeur d'inégalité. En l'état, sa suppression est une nécessité pour verser dans un système plus efficace à assurance unique, et plus égalitaire qui prendrait une forme voisine, sinon celle de la Sécurité sociale.

À l'aube de ce travail, deux questionnements relatifs au financement de la santé par les dépenses publiques occupaient notre réflexion :

1/ La Sécurité sociale coûte-t-elle trop cher ? En effet, les dépenses engagées sont très importantes et nous eûmes été tentés de répondre oui à certains égards (la DREES pose d'ailleurs

la question dans son baromètre d'opinion et les réponses vont dans ce sens). Cette interrogation n'exige finalement pas de réponse, car elle se substitue à la vraie question : la santé coûte-t-elle très cher ?

Sans aucun doute, la réponse est oui. On peut faire le choix, comme bien des pays, de consacrer 2 % de notre PIB seulement à la santé, mais ces mêmes pays (à l'exception des riches pays producteurs de pétrole) s'illustrent aussi par une espérance de vie avoisinant les 60 ans. Si la France choisit, au travers de son système de santé, de consacrer l'équivalent de 11 % de la richesse qu'elle produit à la santé, elle achète de la sorte nombre d'années de vie supplémentaires en soutenant les plus pauvres et les plus malades. La santé coûte donc très cher, et la Sécu n'y est globalement pour rien, elle permet juste à la population qui ne le pourrait pas, d'assumer cette dépense. En d'autres mots, la santé coûte cher et la Sécu ne fait que rendre les assurés solvables.

2/ Étendre l'assurance santé publique à 100 % est-il possible ? L'impossibilité d'une telle mesure est souvent arguée sous couvert de finances publiques exsangues. Soulignant de nouveau que l'assuré, que ce soit au travers de ses contributions sociales, de sa prime d'assurance complémentaire ou d'un paiement direct de sa poche, est l'unique contributeur, est que l'assurance à 100 % (si l'on considère le panier de soins vu précédemment) est une quasi-réalité pour 95 % de la population, on peut supposer que ce financement si inconcevable soit déjà sensiblement assuré.

Il convient donc d'évaluer le coût d'une telle mesure. Si l'on supprime le ticket modérateur et étend la Sécu à 100 %, il ne faut pas oublier qu'on peut de même supprimer pour les assurés le financement d'une complémentaire santé. Si les cotisations engagées dans les OC sont transférées à la Sécu, l'opération semble globalement neutre. Seulement, si la majorité des assurés le sont déjà à 100 % et n'y verrait donc pas la différence lors d'une dépense de santé, il reste 5 % de non assurés qui auront tout le loisir de majorer leur consommation et leurs dépenses. Si l'on considère arbitrairement que ces derniers présentent une consommation similaire au reste de la population, ces 5 % de nouveaux assurés, soit 3 350 000 personnes, consommeraient environ 1,5Md€ (1,45Md€ si on les compare à la consommation moyenne CMU-C, 1,50Md€ si on compare à la moyenne des autres assurés complémentaires). Ce chiffre avancé n'a aucune valeur prédictive, mais est juste là à titre d'ordre de grandeur (et il apparaît bien faible par rapport aux 266Md€ de la DCS ou même des 198Md€ que la Sécu prend déjà à sa charge). Aussi, la suppression d'un système à deux étages coûteux serait par ailleurs l'occasion de diminuer les coûts de gestion de la santé. Rappelons une nouvelle fois que ces coûts de

gestion, qu'on les impute à la Sécu ou à l'AMP sont financés par les assurés à travers leurs cotisations. La suppression du monde des complémentaires à la faveur de l'extension de la Sécu réalise une économie substantielle. Les frais d'acquisition disparaissent (ils représentent environ 2,86Md€) les frais d'administration aussi (de même 2,86Md€ environ) et la gestion des sinistres (environ 1,42Md€) réduite en proportion des soins avec ticket modérateur (en effet si un soin présente un ticket modérateur, le traitement de la feuille de soins a déjà été géré par la Sécu avant d'arriver sur le bureau d'une complémentaire, si la Sécurité sociale étend son remboursement, son opérateur fait le même travail qui ne coûte donc pas plus cher, par contre il n'y a plus lieu de traiter une nouvelle fois la feuille de soins), soit au moins 5 Md€ d'économies en frais de gestion.

On peut y ajouter sans pouvoir en établir les chiffres, une baisse supplémentaire des coûts de gestion jusqu'à maintenant propre à la Sécu en supposant la disparition de dispositifs comme les ALD, la CMU-C et l'ACS qui perdraient leur raison d'être. Cette disparition constituerait aussi une baisse de la charge administrative pour l'assuré, mais aussi pour le médecin, laquelle contribuerait à l'efficacité du système de santé. À l'inverse, et toujours sans pouvoir en donner ici une estimation précise, la suppression des franchises médicales et participations forfaitaires devrait entraîner un surcoût de remboursement direct (l'euro qui n'était plus remboursé jusque là) et indirect, secondaire à la majoration de la consommation (les 12 % d'assurés qui ont modifié leur comportement depuis l'instauration des franchises). Cela ne devrait toutefois pas modifier l'équation car l'on estimait de l'ordre de 800M€ l'économie réalisée pour chacun de ces dispositifs (70).

Cette comparaison n'a pas valeur de projection budgétaire, mais a le mérite de démontrer une chose. Si, à la faveur d'une extension de la Sécu, la dépense publique de santé augmente, il est possible que la dépense des assurés diminue. Aussi, et quelle que soit la variation de la dépense dans un premier temps, on peut, sans tomber dans un optimisme injustifié, légitimement espérer une baisse des dépenses de santé dans un second temps, avec l'augmentation des soins préventifs pour les plus précaires et le report d'une partie de leur consommation hospitalière dispendieuse vers des soins ambulatoires plus précoces et moins coûteux.

Il conviendrait donc d'étudier cette voie afin de mieux cerner avantages et inconvénients d'un tel dispositif, qui semble tout à fait réalisable en définitive. À ce titre, le régime local d'Alsace Moselle qui constitue un exemple d'extension de la complémentaire santé, exemplaire dans sa gestion et profitant d'une large adhésion dans sa zone d'exercice, voit pourtant ses propositions d'étendre son remboursement à l'intégralité du ticket modérateur, ou de poursuivre

l'expérience sur une plus grande partie du territoire pour l'instant ignorées.

Il faudra, pour sûr, sortir de la logique de privatisation de la dépense de santé en France et explorer la voie de sortie du système des dépassements, leur suppression s'imposant comme un impératif égalitaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS | Systèmes de santé: domaines d'activités [Internet]. WHO. [cité 22 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/healthsystems/topics/fr/>
2. La Déclaration universelle des droits de l'homme [Internet]. 2015 [cité 30 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/>
3. Exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 1945 (extraits) [Internet]. [cité 30 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/Historique-du-systeme-francais-de-Securite-sociale>
4. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. *Quest Économie Santé*. oct 2011;(169).
5. Perronnin M. Restes à charge publics en ville et à l'hôpital : des taux d'effort inégalement répartis. *Quest Économie Santé*. mai 2016;(218).
6. Bardey D, Couffinhal A, Grignon M. Efficacité et risque moral ex post en assurance maladie. *Rev Fr Économie*. 2003;18(2):165-97.
7. Baicker K, Finkelstein A. The Effects of Medicaid Coverage — Learning from the Oregon Experiment. *N Engl J Med*. 25 août 2011;365(8):683-5.
8. Batifoulier P. De l'aléa moral du patient aux inégalités d'accès aux soins. *Economix*. 2014;07.
9. Arrow KJ. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *Am Econ Rev*. déc 1963;53(5):941-73.
10. Bardey D, Couffinhal A, Grignon M. Trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral ex post en santé. *Quest Économie Santé*. juin 2002;(53).
11. Pauly MV. The Economics of Moral Hazard: Comment. *Am Econ Rev*. juin 1968;58(3):531-7.
12. Manning WG, Newhouse JP, Duan N, Keeler EB, Leibowitz A, Marquis MS. Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *Am Econ Rev*. juin 1987;77(3):251-77.
13. Newhouse JP, Manning WG, Morris CN, Orr LL, Duan N, Keeler EB, et al. Some Interim Results from a Controlled Trial of Cost Sharing in Health Insurance. *N Engl J Med*. 17 déc 1981;305(25):1501-7.
14. Geoffard P-Y. Dépenses de santé : l'hypothèse d'aléa moral. *Économie Prévision*. 2000;142(1):123-35.

15. Nyman JA. American Health Policy: Cracks in the Foundation. *J Health Polit Policy Law*. oct 2007;32(5):759-83.
16. Batifoulier P. Aux origines de la privatisation du financement du soin : quand la théorie de l'aléa moral rencontre le capitalisme sanitaire. *Rev Régulation Capital Inst Pouvoirs* [Internet]. 17 juin 2015 [cité 23 mai 2018];(17). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/regulation/11196>
17. Batifoulier P. Faire payer le patient : une politique absurde. *Rev MAUSS*. 2013;41(1):77.
18. Rice T. An alternative framework for evaluating welfare losses in the health care market. *J Health Econ*. mai 1992;11(1):86-92.
19. Nyman JA. The economics of moral hazard revisited. *J Health Econ*. déc 1999;18(6):811-24.
20. Nyman JA. The value of health insurance: the access motive. *J Health Econ*. avr 1999;18(2):141-52.
21. SESâme. Fiche Méthode - Les élasticités [Internet]. SESâme - Manuel en ligne de contournement du programme de SES de 1ère. [cité 12 juill 2018]. Disponible sur: https://sesame.apses.org/index.php?option=com_content&view=article&id=11:fiche-methode-les-elasticites&catid=8:statistiques&Itemid=192
22. Marceau J. La pertinence des soins de santé, un tabou à 50 milliards d'euros. *Les Échos* [Internet]. 28 août 2017 [cité 27 juin 2018]; Disponible sur: <https://www.lesechos.fr/idees-debats/cercle/030512090361-la-pertinence-des-soins-de-sante-un-tabou-a-50-milliards-deuros-2110066.php>
23. Rice T, Matsuoka KY. Book Review: The Impact of Cost-Sharing on Appropriate Utilization and Health Status: A Review of the Literature on Seniors. *Med Care Res Rev*. déc 2004;61(4):415-52.
24. Rice T. Demand curves, economists, and desert islands: A response to Feldman and Dowd. *J Health Econ*. juill 1993;12(2):201-4.
25. Goldman D, Joyce G, Karaca-Mandic P. Cutting Drug Co-Payments for Sicker Patients on Cholesterol-Lowering Drugs Could Save a Billion Dollars Every Year [Internet]. RAND Corporation; 2006 [cité 2 mars 2018]. Disponible sur: https://www.rand.org/pubs/research_briefs/RB9169.html
26. Baicker K, Taubman SL, Allen HL, Bernstein M, Gruber JH, Newhouse JP, et al. The Oregon Experiment — Effects of Medicaid on Clinical Outcomes. *N Engl J Med*. 2 mai 2013;368(18):1713-22.
27. Safon MO. Le ticket modérateur en France : historique et réglementation. IRDES. 2013;
28. Célant N, Guillaume S, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2012. IRDES; 2015.

29. Célant N, Rochereau T. L' Enquête santé européenne: enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. IRDES; 2017.
30. Montaut A. La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé [Internet]. DREES; 2017 [cité 26 mars 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-oc-2016.pdf>
31. Barlet M, Beffy M, Raynaud D. La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties [Internet]. DREES; 2016 [cité 26 mars 2018]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/panoramas-de-la-drees/article/la-complementaire-sante-acteurs-beneficiaires-garanties-edition-2016>
32. Le Palud V. Comment les organismes complémentaires fixent leurs tarifs. Études Résultats. sept 2013;(850).
33. Sireyjol A. La CMU-C et l'ACS réduisent les inégalités en soutenant le pouvoir d'achat des plus modestes. Doss DREES. oct 2016;(7).
34. Jess N. Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins. Études Résultats. déc 2015;(944).
35. Perronnin M. La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres. Quest Économie Santé. janv 2018;(229).
36. Guthmuller S, Jusot F, Wittwer J, Renaud T. Comment expliquer le non-recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès de bénéficiaires potentiels à Lille en 2009. Quest Économie Santé. févr 2014;(195).
37. Loones A, Simon M-O. Les Français et la complémentaire santé. CREDOC [Internet]. août 2004 [cité 22 mai 2018]; Disponible sur: <http://www.credoc.fr/publications/abstract.php?ref=Sou2004-1682>
38. Després C, Fantin R, Dourgnon P, Jusot F. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. Quest Économie Santé. nov 2011;(170).
39. Dourgnon P, Jusot F, Fantin R. Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. IRDES. avr 2012;
40. Papuchon A. Prestations sociales : les personnes éligibles sont-elles les mieux informées ? Études Résultats [Internet]. mars 2016 [cité 28 mars 2018];(954). Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/prestations-sociales-les-personnes-eligibles-sont-elles-les-mieux-informees>
41. Dormont B, Geoffard P-Y, Tirole J. Refonder l'assurance-maladie. Cons Anal Économique [Internet]. 2014 [cité 14 mai 2018];12(2). Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-notes-du-conseil-d-analyse-economique-2014-2-page-1.htm>
42. Tremoulu R. Les dépenses de santé en 2016. DREES. 2016;
43. Direction de la Sécurité Sociale. Les chiffres clés de la Sécurité sociale 2016. nov 2017;

44. Leclerc A, Niedhammer I. Les inégalités sociales de santé en France. Santé Société Solidar. 2004;3(2):29-35.
45. Garnero M, Le Palud V. Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010. Études Résultats [Internet]. avr 2013 [cité 6 juin 2018];(837). Disponible sur: https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/er837_contrats_les_plus_souscrits_2010.pdf
46. Montaut A. Tarifs et prestations : que révèle le nom des organismes de complémentaire santé ? Études Résultats [Internet]. janv 2018 [cité 7 juin 2018];(1047). Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/tarifs-et-prestations-que-revele-le-nom-des-organismes-de-complementaire-sante>
47. En 2016, le marché de la complémentaire santé et de la prévoyance a été porté par les contrats collectifs [Internet]. Fédération Française de l'Assurance. [cité 3 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.ffa-assurance.fr/content/en-2016-le-marche-de-la-complementaire-sante-et-de-la-prevoyance-ete-porte-par-les-contrats>
48. Schillinger P. Le régime d'Assurance Maladie complémentaire obligatoire d'Alsace-Moselle [Internet]. Commission des affaires sociales du Sénat; 2011 nov [cité 11 juin 2018] p. 117. Report No.: 443. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r11-443/r11-4431.pdf>
49. François P, Gorreri S. Dépenses sociales : le surcoût de la Sécu [Internet]. IFRAP; 2012 déc [cité 11 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.ifrap.org/emploi-et-politiques-sociales/societe-civile-depenses-sociales-le-surcout-de-la-secu>
50. Philippe C. Pourquoi Sécu et mutuelles gagnent à coexister [Internet]. Institut économique Molinari. 2017 [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.institutmolinari.org/pourquoi-secu-et-mutuelles-gagnent,2946.html>
51. Rémond P. Frais de gestion des mutuelles : Vrai/Faux [Internet]. La Mutualité Française. 2012 [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.mutualite.fr/actualites/frais-de-gestion-des-mutuelles-vrai-faux/>
52. ACOSS. Chiffres clés [Internet]. ACOSS.fr. [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: <http://www.acoss.fr/home/lacoss-et-les-urssaf/reperes/chiffres-cles.html>
53. Sutton J. Coûts de gestion des complémentaires : plaidoyer de Claude Le Pen [Internet]. La Mutualité Française. 2017 [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.mutualite.fr/actualites/frais-de-gestion-complementaires-plaidoyer-dun-economiste-de-sante/>
54. Sutton J. Pourquoi Sécu et mutuelles gagnent à coexister [Internet]. La Mutualité Française. [cité 12 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.mutualite.fr/actualites/secu-mutuelles-gagnent-a-coexister/>

55. Abecassis P, Batifoulier P, Coutinet N, Domin J-P. Éditorial : La généralisation de l'assurance maladie complémentaire. Comment faire rimer inefficacité avec inégalité. *Rev Fr Socio-Économie* [Internet]. 2017 [cité 2 juill 2018];18(1). Disponible sur: <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-socio-economie-2017-1-page-13.htm>
56. Jusot F. Assurance maladie et complémentaires santé : comment contribuent-elles à la solidarité entre hauts et bas revenus ? *Quest Économie Santé*. mars 2017;(225).
57. Duval J, Lardellier R, Legal R. Les différentes formes de redistribution opérées par l'assurance maladie. DREES.
58. Qu'est-ce que la dette sociale ? [Internet]. 2016 [cité 10 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/finances-publiques/protection-sociale/grands-domaines/qu-est-ce-que-dette-sociale.html>
59. Grangier J, Mikou M, Roussel R, Solard J. Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015. *Études Résultats* [Internet]. sept 2017 [cité 10 juill 2018];(1025). Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/les-facteurs-demographiques-contribuent-a-la-moitie-de-la-hausse-des-depenses>
60. Cusset P-Y. Les déterminants de long terme des dépenses de santé en France [Internet]. *strategie.gouv.fr*. 2017 [cité 10 juill 2018]. Disponible sur: <http://www.strategie.gouv.fr/publications/determinants-de-long-terme-depenses-de-sante-france>
61. UFC-Que Choisir. Complémentaires santé – Lisibilité en berne, grave dérive des frais de gestion [Internet]. *quechoisir.org*. [cité 11 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.quechoisir.org/action-ufc-que-choisir-complementaires-sante-lisibilite-en-berne-grave-derive-des-frais-de-gestion-n55901/>
62. INSEE. Comptes nationaux annuels base 2014 - Produit intérieur brut - Prix courant [Internet]. *insee.fr*. [cité 12 juill 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/010548500>
63. Demange G, Geoffard P-Y. A quoi peut servir la concurrence en assurance santé ? *Rev Économie Polit*. 2004;114(5):595-611.
64. Batifoulier P. Davantage d'État pour plus de marché. L'orientation marchande de la politique de santé. *Savoir/Agir*. 2008;(5):49-56.
65. Arrow KJ, Debreu G. Existence of an Equilibrium for a Competitive Economy. *Econometrica*. juill 1954;22(3):265.
66. OCDE. Panorama de la santé 2017 [Internet]. Éditions OCDE; 2017 [cité 2 juill 2018]. (Panorama de la santé). Disponible sur: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2017_health_glance-2017-fr
67. Escot M. La publicité des complémentaires santé. *Trib Santé*. 2014;45(4):63.

68. Kambia-Chopin B, Perronnin M. Les franchises ont-elles modifié les comportements d'achats de médicaments ? Quest Économie Santé [Internet]. oct 2010 [cité 2 oct 2018]; (158). Disponible sur: <http://www.irdes.fr/presse/communiques/ComPresseQes158.htm>
69. Marche S. Enquête. Aux États-Unis, il faut savoir mendier pour être soigné. Courrier international [Internet]. 22 févr 2018 [cité 2 oct 2018]; Disponible sur: <https://www.courrierinternational.com/article/enquete-aux-etats-unis-il-faut-savoir-mendier-pour-etre-soigne>
70. Rosenweg D. Tiers payant généralisé : le casse-tête du forfait à 1 €. leparisien.fr [Internet]. 6 févr 2017 [cité 2 oct 2018]; Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/economie/tiers-payant-generalise-le-casse-tete-du-forfait-a-1-eur-06-02-2017-6658374.php>

Vu, la Présidente du Jury,
Madame Leïla MORET
Professeur Universitaire

Vu, le Directeur de Thèse,
Monsieur Philippe Tessier
Maître de Conférences

Vu, le Doyen de la Faculté,

**Titre de thèse : le ticket modérateur en assurance santé :
de sa justification théorique aux arguments en faveur de sa suppression**

RÉSUMÉ

Le ticket modérateur, conservé en France à la création de la Sécurité sociale en 1945, est défini comme un pourcentage du coût des soins que l'assurance santé ne prend pas en charge. En ce sens, il représente une part prépondérante du reste à charge pour les assurés et peut du même coup être vecteur d'inégalités en constituant une barrière financière d'accès générant un renoncement aux soins maintenant démontré. Partant du postulat selon lequel il est souhaitable de garantir l'égalité d'accès aux soins, nous nous intéressons à la théorie économique de l'aléa moral qui justifie le maintien du ticket modérateur en France. Après la présentation de ces justifications théoriques, nous procédons à une analyse critique venant relativiser les conclusions de cette théorie, pourtant dominante en économie de la santé. Nous présentons ensuite le ticket modérateur nous montrons comment, dans le même temps que l'assurance santé complémentaire lui fait perdre sa substance et contribue à un système coûteux d'assurance à deux étages, il amplifie le renoncement aux soins des non-assurés complémentaires qui sont aussi les plus malades et les plus pauvres. Par la suite, et dans l'hypothèse d'une extension de l'assurance à 100 % du coût des soins à la faveur de la suppression du ticket modérateur, nous comparons les performances économiques de l'assurance santé publique et privée en France. Nous ne relevons pas d'argument théorique ni d'éléments empiriques pertinents pouvant s'opposer à la suppression du ticket modérateur.

MOTS-CLÉS

ticket modérateur, assurance santé, reste à charge, aléa moral, dépenses de santé, inégalités sociales de santé.