



HAL
open science

Performativité et théorie conventionnelle. Une application à l'assurance santé

Philippe Batifoulier

► **To cite this version:**

Philippe Batifoulier. Performativité et théorie conventionnelle. Une application à l'assurance santé. *L'Homme et la Société*, 2015, L'économie entre performativité, idéologie et pouvoir symbolique, juillet-Septembre (197). hal-01335604

HAL Id: hal-01335604

<https://hal.science/hal-01335604v1>

Submitted on 12 Jan 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Performativité et théorie conventionnelle. Une application à l'assurance santé

Philippe BATIFOULIER

Résumés

Faire payer le patient (ticket modérateur, forfait, franchise) est une stratégie qui illustre le pouvoir politique de l'économie mainstream. La théorie économique du « risque moral » considère que les politiques de partage des coûts avec le patient et le développement de l'assurance privée sont de nature à réduire les dépenses de santé sans dommage sur l'état de santé. Cette « leçon » a énormément influencé les décideurs politiques et justifie la privatisation du soin. Cet article montre que l'influence de ce discours théorique est intimement liée au pouvoir des intérêts dominants alors que les preuves empiriques sont aussi inconsistantes que l'approche théorique est déficiente

Making the patient pay (coinsurance, copayment, deductible) is a strategy illustrative of the political power of mainstream economics. The economic theory of “moral hazard” assumes that cost sharing and private health insurance can reduce health spending without damage on health status. This “lesson” has been enormously influential on policy makers and justifies the marketization of health care. This paper shows that the influence of this theoretical discourse *is close to the power of dominant interest despite* the empirical proof is as flawed as the theoretical approach is deficient.

L'homme et la société, n° 197, juillet-septembre 2015

Introduction

L'histoire de l'économie de la santé est instructive. Elle est à l'origine reliée directement aux organismes publics et se présente comme une « économie médicale » dont l'expertise est délivrée dans les espaces bureaucratiques. En s'affranchissant de la tutelle et de la commande publique, elle va se constituer en économie de la santé et va produire ses propres schèmes¹. Dès lors, elle va elle fournir une caution scientifique plus crédible à la politique économique en matière de santé et à son orientation marchande, visant à développer les mécanismes concurrentiels et à promouvoir un comportement entrepreneurial du côté de l'offre (soignants) comme de la demande (patients). L'inscription de l'expertise médicale dans une économie de la santé, s'affichant en tant que science (économique) qui cherche à techniciser les problèmes de société pour mieux les naturaliser, illustre ainsi un processus de « force des liens faibles ». La distance prise avec l'administration est allée de pair avec l'insertion de l'économie de la santé dans un corpus théorique d'obédience néoclassique et particulièrement dans le modèle de l'agence² qui est devenu le « *gold standard* » de l'économie de la santé.

Ce modèle est un modèle générique, proposant une microéconomie de l'ensemble des relations bilatérales. L'apport de l'économie de la santé a été d'adapter ce métalangage aux spécificités de la santé. Le secteur de la santé n'a alors pas échappé à une conception essentiellement marchande des interactions sociales qui se veut naturelle en se basant sur une anthropologie mettant en avant les comportements stratégiques (étalonnés en dividendes informationnels). Le mot d'ordre généralisé est de traquer les rentes abusives des acteurs pour qu'un euro dépensé soit efficace et non pas source de gaspillage. Cette représentation savante du système de santé ne s'est pas seulement imposée comme un cadre théorique de référence. Elle a aussi une grande influence sur la politique économique et s'est déployée aussi bien sur le terrain de la médecine libérale que sur l'hôpital en assumant sa fonction d'ingénierie de marché³.

1. Daniel BENAMOUZIG, *La santé au miroir de l'économie*, Paris, PUF, 2005.

2. Ou principal - agent selon lequel dans une relation de délégation, l'agent, parce qu'il dispose d'une asymétrie d'information en sa faveur, peut travestir le mandat qui lui est donné par le Principal pour satisfaire son intérêt personnel.

3. On peut trouver des illustrations dans : Jean-Paul DOMIN, « La nouvelle gouvernance de l'assurance maladie : la consécration d'une régulation marchande ? », *Économie et Institutions*, 2010, n° 15, p. 5-29 ; Marina SERRE, « La santé en comptes - La mise en forme statistique de la santé », *Politix*, 1999, n° 46, p. 49-70 ; Daniel BENAMOUZIG, « Professionnalisation académique et engagements partisans des économistes de la santé (1970-1990) », *Sociétés contemporaines*, 2009, vol. 73, n° 1, p. 73-95.

Ce texte est ciblé sur la politique de la demande en santé, celle qui concerne le patient. Cette politique constitue une illustration exemplaire d'une fabrication sociale de la réalité conforme au raisonnement économique. Celle-ci commence d'abord par identifier le problème qu'il faut résoudre et la force de la théorie est d'avoir réussi à en imposer sa propre définition. Ce problème est celui de l'assurance santé qui, du fait même de son existence, activerait les comportements opportunistes des patients et constitue une incitation perverse à la consommation. Le patient bien assuré serait structurellement porté sur le gaspillage. On peut alors mettre en rapport les problèmes de financement des systèmes de santé et l'extension de la couverture assurantielle : si la dépense est trop grande, c'est parce que la couverture est trop forte !

Le diagnostic appelle ensuite sa thérapeutique. Si l'assurance est un problème, la solution est dans la réduction de l'assurance. Il faut donc développer des mécanismes visant à faire payer le patient pour ses propres soins de santé. De tels mécanismes, appelés pudiquement « partage des coûts », cherchent à rendre le soin plus cher. Ces politiques sont davantage développées aujourd'hui qu'hier et constituent dorénavant l'alpha et l'oméga des stratégies de réduction des dépenses de santé. Il s'agit d'organiser délibérément le renoncement aux soins pour raison financière au prétexte qu'une couverture santé généreuse est source d'une surconsommation médicale.

On expose, dans une première partie, la façon dont s'est construite cette approche pour pénétrer les politiques publiques. On mobilise la notion de convention d'interprétation pour montrer que la théorie, sous couvert de prétention scientifique, s'est constituée à partir d'une interprétation partielle et partielle d'une évidence empirique : l'assuré consomme effectivement davantage de soins que celui qui ne l'est pas. L'interprétation de l'économie standard de cette évidence, qui en fait un problème, est totalement arbitraire mais pas sans fondement. Elle s'est imposée en écartant les théories (ou interprétations) concurrentes et en niant les contestations empiriques, parce qu'elle mobilise des cadres cognitifs et des outils qui en font une théorie « normale » dans l'architecture néoclassique.

Cependant, pour que la théorie construise le monde à son image, il faut davantage que l'inscription dans les jeux de langage de la science économique. L'acte perlocutoire a besoin de circonstances qui le font advenir. L'interprétation néoclassique de l'assurance santé a obtenu une position dominante parce qu'elle est en phase avec la position des dominants. On développe, dans une seconde partie, la façon dont cette théorie économique est entrée en résonance avec les intérêts matériels des

assureurs privés et des médecins libéraux, créant ainsi les conditions sociales de la performativité de ce discours économique.

Partie 1 - L'émergence et la consolidation d'une théorie conventionnelle de l'assurance santé

1. 1 - L'assurance santé est elle un problème ?

Les patients bien assurés consomment davantage de soins que ceux qui ne le sont pas. Il existe une corrélation positive entre le niveau de couverture sociale et la consommation de biens et de services de santé. Chaque individu serait effectivement contraint de consommer moins de soins s'il n'existait pas d'assurance santé. La capacité pour chacun de financer les soins médicaux est largement liée à l'existence d'une assurance et au pouvoir couvrant de cette assurance. Cette évidence empirique relève du simple constat. Elle ne dit rien de la nature de la corrélation entre assurance et consommation de soins. Spontanément, on peut penser que cette corrélation est une bonne chose : l'assurance permet de consommer du soin qui serait inaccessible sans assurance. Elle est faite pour ça ! Le prix d'une journée d'hospitalisation est prohibitif pour la plupart des individus. Dans cette conception de l'assurance maladie, l'amélioration de la couverture santé est une bonne nouvelle en permettant l'accès aux soins et il convient de l'encourager.

À partir de la même évidence empirique, la théorie économique standard va diffuser une toute autre conception de l'assurance maladie : elle va en faire un problème plutôt qu'une solution et va diffuser très largement l'idée qu'il convient de la réduire. Le plaidoyer s'appuie sur la notion obscure d'aléa moral. Dans le cas du patient, cette notion⁴ désigne la consommation de soins induite par l'assurance santé. L'aléa moral est *a priori* neutre. Il ne dit rien sur le caractère justifié ou non de cette consommation. La théorie économique standard va s'employer à convaincre que cet aléa moral est négatif car il conduit à une consommation de soins injustifiée. En d'autres termes, une couverture santé généreuse est source de gaspillage. L'argumentation est la suivante : un individu bien assuré

4. Il n'est question dans ce texte que de l'aléa moral du patient. L'aléa moral est une notion qui s'applique à tous les domaines. Il y a aléa moral (ou risque moral) quand les individus peuvent utiliser l'information dont ils disposent pour en tirer avantage. Cette notion s'applique à une grande variété de situations. L'ouvrier peut « tirer au flanc » parce qu'il sait que son action est inobservable pour l'employeur et/ou réduire ses efforts pour trouver du travail quand il bénéficie de l'assurance chômage. L'expert peut aller au moindre effort parce que le client est incapable de l'évaluer, la banque peut se laisser aller à prêter à des clients non solvables parce qu'elle sait qu'elle sera couverte en cas de faillite (par la banque centrale).

est incité à aller au moindre effort en matière de prévention. Il n'a pas besoin de se vacciner s'il sait que sa maladie sera prise en charge financièrement. L'assurance santé augmente ainsi sa prise de risque et fait peser des coûts supplémentaires sur l'assureur et sur la collectivité. On parle dans ce cas d'aléa moral *ex ante*, soit avant la maladie. L'aléa moral *ex post* désigne celui qui survient quand la maladie s'est déclarée : le patient bien assuré va être peu regardant sur la quantité de soins (de médicaments par exemple). L'assurance conduit ainsi à une excitation artificielle de la consommation. Ce même patient, parce qu'il est assuré, n'est pas incité à chercher le meilleur prix ou les honoraires les plus faibles. Il ne va pas lésiner sur le progrès technique (examen de radiologie par exemple). Ainsi, l'assurance santé induit de la sur-quantité, du sur-prix et de la sur-qualité. Ce tableau peu glorieux de l'assuré a des incidences de politique économique considérable.

Parce qu'elle conduit à de la dépense de santé injustifiée, il convient de la réduire et de dé-assurer les individus. Cette conception s'est incarnée durablement dans la politique économique en matière de santé et s'est traduite par un mot d'ordre : faire payer le patient pour ses propres dépenses de santé.

Une telle stratégie se matérialise par des mécanismes de partage des coûts entre l'assureur (public ou privé) et le patient qui revêtent 4 formes génériques⁵ :

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

2. Le co-paiement, qui est une contribution forfaitaire indépendante du coût, correspond à un coût fixe d'entrée. Ce mécanisme est quasiment systématique pour les soins hospitaliers. Il correspond à un forfait séjour ou à un forfait que doit acquitter le patient pour certains soins. Aux États-Unis, le co-paiement pour les visites chez le médecin, payé au travers des plans d'assurance santé d'entreprise, a doublé entre 2001 et 2006. Il s'ajoute aux 50 \$ de forfait pour une visite aux urgences.

5. Sandrine CHAMBARETAUD et Laurence HARTMANN, « Participation financière des patients et mécanismes de protection en Europe », *Pratique et organisation des soins*, vol. 40, n° 1, janvier-mars 2009, p. 31-38.

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

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

En mobilisant ces quatre types de mécanismes de partage des coûts, la contribution financière des patients s'est accrue ces dernières années, avec des situations différenciées, selon les pays, tenant à la place de l'assurance privée. L'accentuation du reste à charge du patient peut être refinancée par une assurance privée ou être directement assumée par les ménages (« *out-of-pocket payments* »). L'étude comparative de Quesnel-Vallée et al.⁶ montre que le poids de l'assurance privée et des paiements directs des ménages (en % des dépenses totales de santé) s'est accrue partout de 1990 à 2010 sans que l'on puisse ordonner cet accroissement selon la typologie usuelle d'Esping Andersen ou celle de Roemer⁷. Ainsi, le poids de l'assurance privée est fort pour un pays comme les États-Unis mais faible pour le Royaume-Uni, tous deux considérés comme des pays « libéraux ». Il est également élevé pour un système corporatiste conservateur comme les Pays-Bas et, à un degré moindre, pour la France et l'Allemagne, rangées dans la même catégorie. La France a des paiements directs aux ménages plus faibles que l'Allemagne et surtout l'Italie, trois pays qui appartiennent pourtant au même régime d'État providence. Au sein des systèmes nationalisés selon la typologie de Roemer, on trouve un poids de l'assurance privée faible (Royaume-

6. Amélie QUESNEL-VALLÉE, Émilie RENAHY, Tania JENKINS et Helen CERIGO, « Assessing barriers to health insurance and threats to equity in comparative perspective : the health insurance access database », *BMC, health services research*, 2012, vol. 12, n° 107, p 1-12.

7. Esping Andersen distingue les systèmes de protection sociale de type libéral, corporatiste - conservateur ou social-démocrate. La grille d'analyse de Roemer distingue les systèmes de santé à partir de trois grands modèles : nationalisés, mandatés et entrepreneuriaux. Milton I ROEMER, « National health systems throughout the World », *Annual Review of Public Health*, 1993, 14, p. 335-353.

uni, Danemark, Italie) mais plus élevé en Finlande. Le poids des paiements directs des ménages est aussi très contrasté dans cette même catégorie avec une augmentation de l'ordre de 10 % au Royaume-Uni, de 15 % en Finlande et au Danemark et supérieur à 20 % en Italie de 1990 à 2010.

1. 2 - De l'aléa moral à la théorie de l'aléa moral : une convention d'interprétation

La représentation théorique de l'assurance santé comme source de gaspillage s'est incarnée dans les dispositifs de politique économique. Faire payer le patient est la traduction institutionnelle de la conception de l'assurance maladie comme problème. Une telle conception ne va pas de soi. Elle repose sur un coup de force.

S'il existe bien un phénomène de consommation médicale induite par l'assurance, appelé aléa moral, rien ne dit que cet aléa moral soit négatif. Le soin consommé par un patient bien assuré peut être parfaitement justifié. Il peut concourir à améliorer son état de santé et au-delà son bien être, en phase avec une conception de la protection sociale, comme facteur de mieux être de la population et distributrice de bienfaits. Dans ce cadre, la consommation induite par l'assurance est précisément l'objectif recherché dans une assurance. Il n'y a pas lieu de la craindre. Il faut au contraire l'espérer.

Les conséquences de politique économique en auraient été diamétralement changées : s'il faut souhaiter un aléa moral et non le redouter, il ne faut pas réduire la quantité d'assurance santé mais au contraire la développer. Il ne faut pas baisser la couverture ou la désocialiser mais l'étoffer.

On est ici très loin de la conception développée en économie *mainstream* et de sa pénétration dans la politique de santé. À partir de la notion neutre d'aléa moral, la théorie économique standard va construire son propre récit du réel. Elle va développer une théorie négative de l'aléa moral, qui n'en est qu'une interprétation partielle et partielle.

Cette interprétation est de nature conventionnelle. En fournissant un cadre interprétatif arbitraire (au sens où un autre cadre aurait été possible), la théorie économique de l'aléa moral fonctionne comme une convention interprétative⁸. Elle est faite pour aller de soi et vise à naturaliser un phénomène qui n'a rien de naturel (le gaspillage du patient quand il

8. Pour un lien entre performativité et convention interprétative, cf. Nicolas BRISSET, « Deux approches de l'influence du discours économique sur les phénomènes sociaux », *Revue de philosophie économique*, 2012, vol. 13, n° 2, p. 25-62.

est assuré). Cette théorie conventionnelle de l'aléa moral a mis en place une norme de représentation du malade assuré, à partir d'une définition toute particulière de la notion d'aléa moral et d'une assimilation de ce concept à sa théorie. La force de la convention est d'avoir convaincu que l'on ne peut pas penser l'aléa moral autrement que négativement. En détenant l'autorité symbolique la plus forte, elle parvient à faire l'opinion de la communauté scientifique.

La constitution d'un cadre commun d'interprétation n'est pas seulement une référence partagée par une communauté de chercheurs. Elle a beaucoup fait pour orienter la politique de la demande en santé vers des mécanismes de partage des coûts. En s'érigeant au statut de loi de l'économie, elle a borné le champ des possibles. En présentant l'aléa moral négatif comme un état de la nature, elle a cherché à masquer le statut de construction sociale et historique de la doctrine. C'est à partir du monde possible construit par la théorie conventionnelle de l'aléa moral que vont se développer les politiques de mise à contribution financière du patient. Cette production d'une vision de la couverture santé, parce qu'elle s'inscrit dans le registre conventionnel, est devenue une boussole pour les gouvernants. À partir d'un message simple sur le gaspillage de l'assuré, elle a véhiculé une vision commune de la vertu de la réduction de la quantité d'assurance.

La force de cette théorie conventionnelle de l'aléa moral ne réside pas seulement dans les idées qu'elle véhicule. Elle doit aussi beaucoup aux outils qu'elle manie. La théorie conventionnelle de l'aléa moral s'inscrit en effet pleinement dans le langage de la théorie du choix rationnel (TCR). Comme le souligne Sen, l'économie standard a réussi à présenter comme une théorie générale du choix rationnel, une « vision miniaturisée de la rationalité humaine qui la réduit exclusivement à la recherche de l'intérêt personnel⁹ ». Le patient n'échappe pas à cette réduction. Comme les autres acteurs, il est suspecté de chercher à tirer la couverture à lui et est prêt à instrumentaliser sa maladie pour maximiser son utilité. Cette rationalité instrumentale est alimentée par l'assurance santé qui est une incitation perverse dont va s'emparer le patient s'il est rationnel.

C'est un économiste américain, Mark Pauly¹⁰, qui a formalisé cette conception en interprétant l'aléa moral du patient en termes d'effet prix. Selon sa démonstration, l'assurance santé abaisse le prix des soins et rend le bien santé plus attractif pour un consommateur rationnel. Dans un marché où les biens et services sont achetés sans assurance, le

9. Amartya SEN, *L'idée de justice*, Flammarion, 2009, p. 227.

10. Mark PAULY, « The economics of moral hazard. Comment », *American economic review*, 1968, n° 58, p. 531-537.

consommateur arbitre entre différents biens en fonction de son budget et du rapport entre l'utilité du bien et son coût. L'assurance pervertit ce comportement optimal. À utilité égale, elle conduit à consommer davantage du bien car son coût a baissé artificiellement. Le calcul coût/avantage est alors biaisé et favorable à une consommation excédentaire. Or, le budget drainé par le soin de santé aurait pu servir à autre chose. L'aléa moral, en tant qu'effet prix, entraîne une perte de bien-être collectif. Tout l'aléa moral du patient (*i.e.* toute la consommation de soin induite par l'assurance) est donc inefficent.

Cet argumentaire repose sur le châssis intellectuel de la théorie néo-classique du marché qui met en avant le rôle du prix dans les plans des acteurs économiques. Selon cette loi, les individus achètent d'autant plus un bien que son prix est faible. L'assurance santé est interprétée comme une baisse du prix. Cette baisse est artificielle par rapport à un marché qui fonctionnerait sans assurance. Comme les individus achètent quand le prix baisse, ils vont acheter davantage de biens et services médicaux. L'interprétation de l'aléa moral en termes d'effet prix n'est alors rien d'autre que la conséquence de la loi de la rareté qui anime la théorie des marchés. L'aléa moral ainsi théorisé n'est qu'une distorsion par rapport au jeu du marché considéré comme l'idéal à atteindre.

La démonstration est enserrée dans la théorie microéconomique du consommateur. Elle doit sa « pureté scholastique » à son formalisme mathématique (calcul du surplus du consommateur) et nourrit ainsi le statut de nomos universel auquel prétend la science économique. Une grande partie du succès de la théorie conventionnelle de l'aléa moral doit à son formalisme qui vise à évincer les alternatives théoriques potentiellement légitimes et à s'isoler de la critique ¹¹.

1. 3 - Contre vents et marées : la résistance de la théorie conventionnelle aux critiques

Cette habile interprétation de l'aléa moral du patient dans le sens d'un effet prix classique de la théorie du consommateur n'est pas la seule possible. Cette conception n'est d'ailleurs pas celle qui a fait le succès de la notion d'aléa moral en santé et que l'on doit à K. Arrow. C'est dans un article de 1963, considéré comme fondateur de l'économie de la santé qu'Arrow ¹² installe la notion d'aléa moral et reconnaît que le fait même

11. John LATSIS and Constantinos REPAPIS, « A model intervenes : the many faces of moral hazard », *Cambridge Journal of Economics*, 2014.

12. Kenneth ARROW, « Uncertainty and the welfare economics of medical care », *American economic review*, 1963, n° 53, p. 941-973. K. Arrow, qui ne s'est jamais considéré comme un économiste de la santé, écrit cet article à l'invitation de la Fondation Ford

d'être assuré contre le risque maladie a des implications sur le comportement des patients. Cependant, pour Arrow, il n'y a pas lieu d'exagérer la crainte d'un aléa moral tant qu'il existe des « obligations sociales » ou des « institutions de la confiance » qui permettent de limiter l'opportunisme des acteurs. Si les patients peuvent instrumentaliser l'assurance santé à des fins personnelles, ils sont aussi enserrés dans des tissus de conventions sociales qui les éloignent d'un tel comportement. Il est douteux que les individus fument parce que leur futur cancer du poumon est bien remboursé. De même, on peut être réservé sur le plaisir qu'un individu prendrait à passer son dimanche aux urgences parce que c'est gratuit. Il existe des freins moraux ou éthiques à de tels comportements.

Le modèle conventionnel de l'aléa moral (celui de Pauly) oublie l'existence de contraintes que s'imposent les agents pour ne pas profiter de l'assurance.

« One of the characteristics of a successful economic system is that the relations of trust and confidence between principal and agent are sufficiently strong so that the agent will not cheat even though it may be 'rational economic behavior' to do so.¹³ »

La théorie conventionnelle donne une importance exagérée au rôle du prix comme incitation marchande¹⁴.

S'il est commun pour les économistes de l'assurance santé de se référer systématiquement à l'autorité d'Arrow, c'est en s'éloignant de sa perspective que s'est développée la conception négative de l'assurance santé. En effet, c'est en prenant explicitement position contre la position d'Arrow et en ignorant ses critiques¹⁵ que Pauly va construire la théorie conventionnelle de l'aléa moral en santé. Pour lui, l'aléa moral n'est pas

désireuse de promouvoir les échanges entre économistes et les autres professions dans trois domaines : santé, éducation et bien-être. L'introduction du numéro spécial du *Journal of health politics, policy and law* (vol. 26, n° 5 de 2001) consacré à l'article d'Arrow souligne qu'il est l'un des plus cités, y compris dans d'autres disciplines que l'économie et beaucoup plus aujourd'hui qu'hier.

13. Kenneth J. ARROW, « The economics of moral hazard : further comment », *American Economic review*, 1968, 58, p. 537-539, p. 538.

14. Dans un texte récent, R. COASE (autre prix « Nobel »), présente le même genre d'arguments en déclarant « [...] the reduction of economics to price theory is troubling enough. It is suicidal for the field to slide into a hard science of choice, ignoring the influences of society, history, culture, and politics on the working of the economy. » <http://hbr.org/2012/12/saving-economics-from-the-economists/ar/1>

15. « Mr. Pauly's wording suggests that 'rational economic behavior' and 'moral perfidy' are mutually exclusive categories. No doubt Judas Iscariot turned a tidy profit from one of his transactions, but the usual judgment of his behavior is not necessarily wrong », in Kenneth J. ARROW, « The economics of moral hazard : further comment », *op. cit.*, p. 538.

le résultat de la perfidie des agents en présence d'assurance mais résulte d'un comportement rationnel. Or, l'approche d'Arrow est un obstacle à la théorie du choix rationnel et au déploiement de la théorie standard du consommateur. Il faut donc la refuser.

Sans prendre la direction proposée par Arrow, l'économiste américain John Nyman a, quelques années plus tard, tenté lui aussi de proposer une théorie concurrente à celle de Pauly. Il a montré que l'aléa moral repose davantage sur un effet revenu que sur un effet prix, ce qui le rend efficient¹⁶. Sa démonstration prend appui sur le fait que l'assurance santé permet d'accéder au soin. Elle a alors un effet positif sur le bien-être social car elle permet à des individus d'acquérir du soin qu'ils ne pourraient financer seuls au regard de leur revenu. Quand le prix des soins se réduit, voire est nul du fait de l'assurance, ce ne sont pas tous les individus qui répondent à cette baisse mais uniquement les malades. Le bien portant n'a pas besoin de soins même si le prix est nul, ce qui est occulté par la théorie conventionnelle de l'aléa moral en santé. Contre la théorie conventionnelle, Nyman réhabilite le sens commun : ce n'est pas parce que la transplantation cardiaque est gratuite que tout le monde en veut une !

L'assurance santé opère alors un transfert de revenu des bien-portants (qui contribuent à l'assurance sans en avoir besoin) vers les malades. Elle évite le renoncement aux soins et permet un accès impossible sans assurance. Dans ces conditions, l'assurance santé n'est pas un problème mais une solution, et les conséquences de politique économique sont totalement opposées puisqu'il faut valoriser l'aléa moral (la consommation induite par l'assurance) et améliorer la couverture santé plutôt que de chercher à la réduire.

Si on prend en considération l'importance de cet effet revenu, la théorie conventionnelle de l'aléa moral se limite à des cas très particuliers où l'effet prix existe et où l'assurance peut encourager artificiellement le soin pour les bien-portants comme dans le cas des cures thermales ou de la chirurgie esthétique. La portée de la théorie conventionnelle est ainsi singulièrement réduite.

C'est d'autant plus le cas que cette théorie conventionnelle a aussi été contestée sur ses bases empiriques. La théorie conventionnelle de l'aléa moral se targue d'une expérience unique commanditée par le gouvernement fédéral américain en 1974 à la Rand Corporation. Cette étude — *Health Insurance Experiment (HIE)* — a mesuré l'effet d'une réduction organisée de la quantité d'assurance santé sur l'état de santé de

16. John A. NYMAN, « The value of health insurance : the access motive », *Journal of health economics*, 1999, n° 18, p. 141-152.

nombreux patients. Elle a montré qu'une réduction d'assurance de l'ordre de 25 % est sans danger sur la santé¹⁷. Elle a ainsi sécurisé une politique de partage des coûts avec le patient et légitimé l'existence de tickets modérateurs, co-paiements ou franchises visant à réduire la quantité d'assurance santé. Cette enquête est la seule enquête d'envergure jamais réalisée et peu reproductible du fait de son coût très important (de l'ordre de 50 millions de dollars). Elle reste donc la référence. Avec le canevas théorique forgé par Pauly, elle constitue l'architecture intellectuelle de la théorie conventionnelle de l'aléa moral du patient.

Cette enquête de référence est présentée comme un élément de preuve irréfutable de la pertinence de la théorie et de la nocivité d'une couverture santé importante. Pourtant, les résultats de cette enquête ont été très largement contestés sur deux plans. Le premier est celui des biais méthodologiques de l'HIE qui faussent les résultats : biais d'attrition (seuls les biens portants ont participé à l'étude), mauvaise mesure de l'état de santé, exclusion des plus de 65 ans de l'étude, etc. Une seconde gamme de critiques est fournie par des études empiriques récentes qui ont montré, à l'inverse de la HIE, que la réduction de couverture santé peut nuire gravement à la santé. Si on applique la théorie conventionnelle de l'aléa moral en développant les tickets modérateurs, franchises et autres forfaits, on observe un renoncement aux soins pour raison financière. Ce renoncement concerne aussi bien les soins qui affectent peu l'état de santé que les soins essentiels. Vouloir croire que faire payer le patient va uniquement supprimer le soin inutile relève de la chimère. C'est aussi une offensive contre les soins primordiaux. Au total, vouloir rendre le soin plus cher pour lutter contre un hypothétique effet prix de l'assurance santé détériore l'état de santé des patients qui ont le plus besoin de soins (les plus malades et les plus pauvres) et nuit ainsi au bien être social¹⁸.

17. Wilard G. MANNING, Joseph P. NEWHOUSE, Naihua DUAN, Emmet B. KEELER, Arleen LEIBOWITZ, Bernadette BENJAMIN, M. Susan MARQUIS, Jack ZWANZIGER, « Health insurance and the demand for medical care : evidence from randomized experiment », *American economic review*, 1987, n° 77, p. 251-277 ; Joseph P. NEWHOUSE, *Free for all ? Lessons from the Rand Health Insurance experiment*, Harvard University Press, 1993.

18. Pour un argumentaire plus développé, cf. Philippe BATIFOULIER, « Faire payer le patient : une politique absurde », *Revue du MAUSS*, n° 41, 2013, p. 77-92 et « De l'aléa

L'application de la théorie conventionnelle de l'alea moral produit beaucoup de dégâts et augmente les inégalités d'accès aux soins. Elle conduit aussi à augmenter les dépenses que l'on cherche pourtant à réduire. En effet, les barrières financières introduites volontairement à l'entrée du système de soins conduisent à des retards de soins et à un report vers l'hôpital, voire à des événements indésirables comme le recours aux urgences ou l'hospitalisation pour soins aigus, ce qui coûte beaucoup plus cher à la collectivité¹⁹.

En conduisant à l'accroissement des inégalités en santé et à la hausse des dépenses, l'interprétation conventionnelle de la notion d'alea moral peut être qualifiée de mauvaise convention. En ignorant le faisceau de preuves empiriques qui viennent contester la théorie conventionnelle, elle montre qu'elle ne se construit pas selon la méthode expérimentale et qu'elle la refuse même puisque qu'elle met à distance les éléments empiriques²⁰. Sa force ne tient pas de sa pure scientificité.

1. 4 - La science économique comme institution

La théorie conventionnelle de l'alea moral sert de fondement théorique aux politiques qui font payer le patient en durcissant les tickets modérateurs par exemple. Elle nourrit le développement de l'assurance privée que l'on constate en Europe ou la résistance à l'assurance publique que doit affronter l'Obamacare aux États-Unis. Faire payer le patient est d'une faible efficacité dans la réduction des dépenses publiques alors que leur responsabilité est avérée dans les renoncements, retards et reports de soins.

Il y aurait alors de quoi remettre en cause cette théorie et déstabiliser son statut de convention. Il en est rien. Elle reste un point d'appui important des politiques de la demande en santé et des projets de « réforme ». Les malades payent très concrètement la croyance selon laquelle une bonne couverture santé est source de gaspillage.

moral du patient aux inégalités d'accès aux soins », *Document de travail Economix*, 2014-07, <http://economix.fr/pdf/dt/2014/WP_EcoX_2014-07.pdf>.

19. *Ibidem*.

20. André Orléan approfondit ce point de vue à partir de la célèbre rencontre de Savage et d'Allais en 1952 qui a donné lieu au fameux « paradoxe d'Allais » montrant que les acteurs (et Savage lui-même !) ne jouent pas la théorie de Savage. Mis en difficulté par l'expérience d'Allais qui contredit sa théorie, Savage répondra que le paradoxe d'Allais n'existe pas si les acteurs croient au critère de Savage. La théorie se transforme ainsi en devoir être, même s'il faut pour cela assumer qu'une particule doit croire à la théorie newtonienne ! André ORLEAN, *L'empire de la valeur. Refonder l'économie*, Seuil, « La couleur des idées », 2011, p. 314.

La capacité performative de la théorie conventionnelle tient d'abord à sa capacité à se présenter comme un énoncé type de la science économique mobilisant le langage formalisé de la théorie du choix rationnel et la référence à la loi de la rareté. Ce vocabulaire isole l'économie des autres sciences sociales. Il nourrit la prétention à la « supériorité » de l'énoncé économique et sa capacité à nourrir la réflexion des acteurs économiques et particulièrement des agences gouvernementales ou les organisations internationales²¹. Ainsi validé, l'énoncé économique n'a pas forcément besoin d'être connu (qui lit la théorie économique ?) ni compris par les acteurs qui l'utilisent.

Mais cette explication est insuffisante : tous les énoncés économiques n'ont pas le même succès. Il faut au préalable qu'ils soient reconnus et diffusés comme énoncés économiques validés par la profession. La capacité performative de la théorie conventionnelle tient non seulement à sa capacité à ignorer les critiques mais aussi et surtout à discréditer ces critiques comme ne relevant pas de l'énoncé scientifique. La théorie s'impose comme référent de la politique de la demande en santé en refusant le pluralisme des idées et des méthodes. Elle impose son hégémonie en niant l'existence d'une dispute entre économistes et en cherchant à cacher la controverse.

Ainsi, l'approche de Pauly a été acceptée comme un fait scientifique digne de nourrir la politique publique et non celle de Nyman ou même celle d'Arrow. La controverse entre Pauly et Arrow est en effet totalement ignorée (ou oubliée) par les économistes de l'assurance santé. Arrow est systématiquement cité, mais dans le sens contraire de sa position et/ou uniquement pour sa reconnaissance de l'existence d'un aléa moral, ce que personne ne conteste. Le débat porte sur son statut, positif ou négatif. Les travaux de Nyman ne sont pas restés confidentiels car ils ont fait l'objet de nombreuses publications, y compris dans des revues académiques en économie. Mais ils ont été ignorés par la communauté scientifique qui n'en a pas fait un objet de débat, en particulier, quand il s'agit d'en tirer des conséquences de politiques économiques. Ils ne font pas partie de la culture de base en économie de la santé et les manuels sont très rares à le mentionner alors que les ouvrages de synthèse destinés à un large public l'ignorent purement et simplement²². Par contre, l'approche de Pauly y est omniprésente.

21. Marion FOURCADE, Étienne OLLION and Yann ALGAN, « The Superiority of Economists », MaxPo Discussion Paper 14/3, Max Planck Sciences Po Center on Coping with Instability in Market Societies, November 2014.

22. Ainsi en France, l'opus de Pierre-Yves GEOFFARD sur « La lancinante réforme de l'assurance maladie », CEPREMAP, 2006, n'en fait pas mention alors que la théorie

Cette indifférence ne peut pas être uniquement expliquée par l'usage d'un certain langage formalisé, usuel en économie. Au contraire, c'est en dépit de ses efforts pour insérer sa théorie dans le langage de la théorie économique du consommateur et donc mobiliser le langage de l'économie²³ que l'approche de Nyman n'a pas réussi à déstabiliser la théorie dominante.

La version de la notion d'aléa moral donnée par Pauly est devenue un point focal parce qu'elle est en phase avec le noyau dur de la théorie économique dominante. Le patient est implacablement doté de la rationalité de l'homoéconomus. Il calcule mais ne juge pas, pas plus qu'il ne peut être doté d'émotions. Dans le cas contraire, la théorie s'effondre. La mention systématique au prix dans la construction théorique (l'aléa moral relève d'un effet prix) renvoie à la référence au marché où la communication entre individus transite par des prix, signaux d'information, et non par des mots ou des marques de confiance. La conception d'une consommation motivée par le revenu chez Nyman est d'esprit keynésien et ne résiste pas à la domination du référentiel néoclassique où la consommation est fonction du prix, ce qu'exprime la théorie conventionnelle de l'aléa moral. Celle-ci s'inscrit ainsi dans l'ordre symbolique fondé sur le marché²⁴. La construction de ce fond commun de pensée en économie de l'assurance santé est intimement liée à cet autre monde commun préalable constitué par la référence au marché²⁵.

Notre argumentation peut être résumée en trois points : (i) L'énoncé économique a une force en soi auprès des décideurs. (ii) L'économie *mainstream* s'applique à verrouiller tous les énoncés qui pourraient organiser la concurrence des idées au sein de l'économie. (iii) C'est donc les énoncés *mainstream* qui occupent une place centrale dans le débat public.

conventionnelle de l'aléa moral est abondamment mobilisée. Pour un point de vue sur ce silence, cf. Sander KELMAN and Albert WOODWARD, « John Nyman and the economics of health care moral hazard. Some Recent Developments in Health Care Moral Hazard », *ISRN Economics*, 2012, <http://www.hindawi.com/isrn/economics/aip/603973/>

23. Si l'on considère que la demande de soins augmente avec l'assurance, c'est un déplacement de la droite de demande vers le haut qu'il faut envisager et non un déplacement le long de la même droite de demande comme le soutient l'analyse conventionnelle de l'aléa moral. John NYMAN, « The economics of moral hazard revisited », *Journal of health economics*, 1999, n° 18, p. 811-824.

24. Frédéric LEBARON, « La formation des économistes et l'ordre symbolique marchand », in Philippe STEINER et François VATIN (éds.), *Traité de sociologie économique*, PUF, « Quadrige », 2010, p. 249-288.

25. Nicolas Brisset développe une approche de la performativité comme reliant différents mondes communs : Nicolas BRISSET, « Performer par le dispositif ? Un retour critique sur la théorie de la performativité », *L'Année sociologique*, 2014/1, vol. 64, p. 217-246.

C'est le cas aux États-Unis où M. Pauly, qui ne cache pas ses opinions conservatrices, est une ressource mobilisée par les républicains contre l'extension de l'assurance publique²⁶. C'est le cas aussi en France où, par exemple, la conception de l'École d'économie de Toulouse a réussi à pénétrer le débat public et les rapports officiels. « Toulouse School of Economics », dont on sait qu'elle entretient de nombreux liens avec les forces politiques et financières²⁷, développe depuis de nombreuses années une approche fondée sur la théorie des incitations dans de nombreux domaines. En matière de santé, il s'agit de traiter l'assurance santé comme un mécanisme incitatif et non comme une source de bien-être.

Cette représentation cherche à identifier les dispositifs optimaux pour inciter l'assuré à réduire son recours aux soins. Elle a conduit l'un des fondateurs de cette école, Jean-Jacques Laffont, à affirmer :

« Il est important d'empêcher les individus de souscrire une assurance complémentaire qui détruirait toutes incitations à l'effort. C'est pourtant ce que l'on laisse faire pour l'assurance maladie.²⁸ »

Plus récemment, l'autre fondateur, Jean Tirole, a développé cette stratégie de responsabilisation en proposant d'instaurer une franchise pour les soins de premier recours qui consisterait à dérembourser totalement la consultation médicale de 23 euros²⁹. Cet intégrisme incitatif, qui ne voit dans la couverture santé qu'un problème d'incitation et ignore totalement le motif d'accès aux soins, est argumenté par Gilles Saint-Paul³⁰ qui propose l'instauration d'un système d'assurance unique en fonction des actes et donc le monopole du privé pour certains soins.

Ces propositions ne sont pas issues de textes académiques mais de notes et rapports du Conseil d'analyse économique (CAE) qui ont vocation à guider la politique publique et à éduquer le citoyen. Loin de promouvoir le débat économique, le CAE réalise une opération de dépolitisation par « l'évacuation progressive des idées contestataires », la confir-

26. Par exemple :

http://voices.washingtonpost.com/ezra-klein/2011/02/an_interview_with_mark_pauly_t.html

27. Laurent MAUDUIT, « Les imposteurs de l'économie », Éditions Gawsewitch, 2012.

28. Jean-Jacques LAFFONT, « Le risque comme donnée économique », in François EWALD et Jean-Hervé LORENZI (éds.), *Encyclopédie de l'assurance*, Economica, 1998, p. 1492, cité in Claude LE PEN, « Patient ou personne malade ? Les nouvelles figures du consommateur de soins », *Revue économique*, 2009, 2, vol. 60, p. 257-271.

29. Brigitte DORMONT, Pierre-Yves GEOFFARD et Jean TIROLE, *Refonder l'assurance-maladie*, Les notes du conseil d'analyse économique, n° 12, avril 2014.

30. Gilles SAINT-PAUL, *Réflexions sur l'organisation du système de santé*, Rapport pour le Conseil d'analyse économique, 2012, n° 103, La Documentation française.

mation des « positions hégémoniques au sein de la discipline, participant, par le même mouvement, à clôturer les bornes du débat économique légitime et les termes dans lesquels celui-ci peut être investi » comme le montre Thomas Angeletti³¹.

Partie 2 : De la domination de la théorie à la théorie des dominants

2.1 - La théorie économique rassure les assureurs

La capacité de la théorie conventionnelle de l'aléa moral à surmonter tous les obstacles et à écarter les approches concurrentes est aussi liée à sa rencontre avec des intérêts puissants. Considérer que l'assurance santé est un problème donne des arguments à ceux qui s'opposent à son extension, particulièrement aux États-Unis. La théorie conventionnelle de l'aléa moral est fréquemment convoquée dans le débat public et est instrumentalisée pour faire échec à toutes les tentatives d'extension de couverture aux millions d'Américains qui en sont dépourvus, du plan Truman de 1945 à la réforme Obama³². En Europe, comme l'assurance santé est essentiellement publique, la théorie conventionnelle de l'aléa moral nourrit le débat sur son retrait et sur l'augmentation corolaire de l'espace de libre prévoyance. Dans la théorie conventionnelle de l'aléa moral, une assurance santé publique uniforme doit être proscrite. Le développement d'un marché de l'assurance santé privée est présenté alors comme un moyen de faire des économies budgétaires en transférant de la charge du public vers le privé mais aussi en responsabilisant les assurés sociaux. L'assurance privée est réputée mieux à même d'internaliser le coût social du comportement de l'assuré en spécifiant les polices d'assurance en fonction du risque, c'est-à-dire en sélectionnant les risques au mépris du bien-être individuel et collectif. Cette stratégie rencontre les intérêts financiers des assureurs privés : les sommes d'argent gérées par une assurance santé publique échappent aux marchés financiers alors que le transfert de charge du public au privé donne du grain à moudre aux opérateurs privés. En recommandant la mise en place de politiques de partage des coûts, la théorie conventionnelle de l'aléa moral crée un appel d'air pour le marché de l'assurance privée volontaire.

Les assureurs privés sont motivés par le développement de leur marché. La théorie économique de l'aléa moral a alors été d'un grand renfort

31. Thomas ANGELETTI, « (Se) rendre conforme. Les limites de la critique au Conseil d'analyse économique », *Tracés. Revue de Sciences humaines* [En ligne], 2009, p. 17.

32. Malcolm GLADWELL, « The Moral-Hazard Myth », 2005, *The New Yorker*, August 29.

pour convaincre de la nocivité d'une couverture complète et publique et contribuer à la bonne marche des affaires. En rencontrant les intérêts des assureurs, elle s'est développée et a contribué en retour à développer le marché.

La notion d'aléa moral est une invention de l'industrie de l'assurance. L'aspect moraliste qu'elle présentait initialement a permis au marché de se constituer mais est devenu un obstacle à son développement. La version économiste a alors donné l'élan nécessaire au déploiement du marché de l'assurance santé privée. Nous étayons, dans les lignes qui suivent, ces deux moments historiques de construction d'une industrie lucrative de l'assurance à partir de la notion d'aléa moral.

Comme le montre Baker³³, la notion d'aléa moral est à l'origine totalement associée à une question de moralité. L'assurance est en effet considérée comme immorale parce qu'elle fait des paris sur l'avenir et assimile l'existence humaine à une loterie, ce qui déroge à la morale religieuse. La stratégie des assureurs pour convaincre de la moralité de leur activité et développer leur marché a été de promettre d'écarter de l'assurance tous ceux qui dérogeraient aux bonnes mœurs. La mise à distance du spectre de l'immoralité et des mauvais penchants des assurés vise à rendre l'assurance « morale ». La notion d'aléa moral désignait alors, dans ce registre, un véritable risque de moralité où l'on cherche à stigmatiser les mauvaises intentions et derrière elles certaines communautés³⁴.

Cette notion s'est développée parce qu'elle était utile au commerce des assureurs. Il s'agissait de créer le marché. Elle est devenue ensuite un obstacle au développement du marché. D'abord parce que les assureurs ont fait la preuve qu'ils étaient mal placés pour se poser en champion de la moralité, ensuite parce que l'accent mis sur l'immoralité peut s'avérer peu rentable. S'il y a des individus immoraux, il y a aussi des individus moraux ou dotés de dispositions morales comme l'avait fait remarquer Arrow (cf. *supra*). Mieux vaut, pour les affaires, ne pas limiter le marché à des individus « moraux ». L'amoralité est mieux en phase avec une lo-

33. Tom BAKER, « On the Geneology of Moral Hazard », *Texas Law Review*, 1996, 75(2), p. 237-292.

34. Dans le vocabulaire initial de l'industrie de l'assurance, le terme « *moral hazard* » désigne les comportements immoraux alors que celui de « *morale hazard* » est convoqué pour prendre en compte l'incitation provoquée par l'assurance, sans connotation morale. La théorie économique conventionnelle de l'aléa moral est donc en fait fondée sur la notion de « *morale hazard* » même si l'usage a totalement éclipsé cette notion aujourd'hui. Cf. Allard DEMBE and Leslie I. BODEN « Moral Hazard : A Question of Morality ? », *New Solutions*, 2000, 10(3), p. 257-279.

gique purement capitaliste où le soin est une marchandise qui sert à faire de l'argent.

La théorie économique conventionnelle de l'aléa moral va alors fournir une alliée précieuse au service de cette ambition. En se présentant dans une assertion positive et non normative selon laquelle l'assurance change le comportement, elle est en communion avec la conception moderne de l'industrie de l'assurance qui se pose en victime de la rationalité opportuniste. Or, la représentation conventionnelle de l'aléa moral par la théorie économique est d'en faire une propriété de l'assurance et non des individus eux-mêmes qui ne font que réagir à cette incitation. Tous les individus rationnels agissent de même, peu importe leurs mœurs. Quand l'aléa moral est vu comme un problème d'assurance et non d'immoralité, c'est le fait même d'être assuré qui pénalise les assureurs en incitant les patients à prendre davantage de risques ou à surconsommer, ce qui diminue le profit potentiel des assureurs privés. Entre l'absence d'assurance et l'assurance totale, la représentation conventionnelle de l'aléa moral par la théorie économique va alimenter la conception selon laquelle la meilleure assurance est celle qui maximise le profit des assureurs.

2. 2 - L'orthodoxie assurantielle et les intérêts du marché

Poser le problème en ces termes appelle sa gamme de solutions : le développement du marché, en encourageant la responsabilité individuelle et la libre prévoyance est à même de lutter contre les inconvénients d'un excès d'assurance. L'épisode de « *l'employee insurance tax subsidy* » illustre la convergence de représentation entre la conception des assureurs et celles des économistes. Aux États-Unis, l'assurance santé s'obtient principalement par l'intermédiaire de l'entreprise³⁵. L'assurance santé d'entreprise est subventionnée par des réductions d'impôts qui allègent les contributions de l'employeur comme de l'employé. Dans la pure tradition de la théorie conventionnelle de l'aléa moral, cette subvention a été interprétée comme une réduction artificielle du prix de l'assurance. Rendre l'assurance santé moins chère accroît artificiellement la couverture et la demande de soins. Cette politique serait alors largement responsable de la dérive des dépenses de santé et de la « crise » du système de santé américain³⁶. Une telle conception a fait

35. Les syndicats comme l'AFL-CIO ont été les promoteurs de cette forme d'assurance santé pour se poser comme acteurs des régimes de prévoyance.

36. Point de vue développé dans Martin FELDSTEIN and Bernard FRIEDMAN, « Tax subsidies, the rational demand for insurance and the health care crisis », *Journal of public economics*, 1977, vol. 7, n° 2, p. 155-178.

l'objet d'une pétition de 372 économistes de la santé pour demander l'abrogation de cette subvention³⁷. Si l'assurance santé d'entreprise est critiquée de la sorte, c'est parce qu'elle déroge à l'idée d'un marché concurrentiel. L'intervention de l'État par la politique fiscale nuit à la responsabilité individuelle et fausse le libre jeu du marché³⁸.

En Europe, la vision de l'assurance comme incitation a été d'un grand renfort pour convaincre de la nocivité d'une couverture publique et complète et contribuer à la bonne marche des affaires. Le marché se développe sous l'effet de l'accroissement de la prise en charge privée qui donne des droits de régulation aux opérateurs marchands comme c'est le cas en France. En finançant une bonne partie du soin, voire la majeure partie de certains soins, ils veulent être partie prenante de l'organisation du système de santé. Les organismes complémentaires ont obtenu un droit de veto sur les accords conclus par l'assurance obligatoire dans tous les domaines où les assureurs privés sont assureurs majoritaires (optique, dentaire, etc.)³⁹. Ils peuvent également conclure des conventions (qui reposent sur une logique de contractualisation) avec les opticiens, chirurgiens dentistes ou audioprothésistes ainsi que pour la partie hébergement de l'hospitalisation. Ce conventionnement privé cible les postes de soin où la participation de l'assureur privé est supérieure à celui de l'assureur public. La loi autorise les opérateurs privés à faire des différences sur les niveaux de prestation et leur remboursement quand l'assuré choisit un prestataire de soin ou un établissement avec lequel sa complémentaire a conclu une convention. L'assureur privé va ainsi pouvoir aiguiller le patient dans l'ensemble du système de soins et l'orienter vers des professionnels sous contrat.

La privatisation de l'assurance santé au nom de la responsabilisation du patient ne se traduit pas donc seulement par un transfert de charge de l'assurance publique vers l'assurance privée mais aussi par des droits de régulation accordés au capitalisme assurantiel⁴⁰. Cette stratégie de priva-

37. Nyman souligne que la force conventionnelle de la théorie était telle que lui-même a signé la pétition alors qu'il se posera comme l'un de ses principaux opposants quelques années plus tard. John A. NYMAN, « American health policy : cracks in the foundation », *Journal of health politics, Policy and Law*, 2007, vol. 32, n° 5, p. 759-783.

38. Mark Pauly a développé cet argument dans plusieurs textes. Par exemple : Mark PAULY, Patricia DANZON, Paul FELDSTEIN and John HOFF, « A plan for responsible national health insurance », *Health affairs*, 1991, vol. 10, n° 1, p. 5-25 ; Mark PAULY, John GOODMAN, « Tax credits for health insurance and medical savings account », *Health affairs*, 1995, vol. 14, n° 1, p. 125-139.

39. Didier TABUTEAU, *Démocratie sanitaire : les nouveaux défis de la politique de santé*, Odile Jacob, Paris, 2013.

40. Philippe BATIFOULIER, *Capital Santé. Quand le patient devient client*, La Découverte, 2014 ; Philippe BATIFOULIER et Maryse GADREAU, « La politique de la demande

tisation de l'assurance santé participe à la volonté affichée par le patronat français d'abolir le monopole de la Sécurité sociale, explicitement exprimée par Claude Bébéar, président du directoire d'AXA en 1997. Elle repose sur l'articulation entre le monde de la recherche académique et les intérêts des assureurs comme l'a montré F. Pierru⁴¹. Les propositions patronales dans le champ de la santé se fondent pour une large part sur l'expertise économique dont témoigne la trajectoire de D. Kessler, président de l'influente Fédération française des Sociétés d'assurance au moment où le patronat se déplace du capitalisme industriel vers le capitalisme financier en changeant de nom (il devient MEDEF en 1998). D. Kessler est d'abord professeur d'économie, membre du laboratoire d'économie de l'assurance de l'université de Paris Nanterre avec d'autres universitaires dont F. Ewald et D. Strauss Kahn. En créant une revue académique « *Risques* », les deux premiers développent les bases d'une « société du risque » où le risque est « tout à la fois une morale, une épistémologie, une idéologie, en fait une manière de définir la valeur des valeurs⁴² » (p. 71). Il faut alors redéfinir les fondements de la protection santé à l'aune de cette société du risque et responsabiliser l'assuré social par un nouveau partage des rôles entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire. La théorie du risque suppose que l'individu porteur de risques sanitaires s'assure en fonction de ces derniers. La notion de prévoyance individuelle est donc indissociable du risque. Les intérêts du capitalisme assurantiel sont soutenus par les offensives des experts de l'assurance qui alimentent une culture de l'assurance favorable à la responsabilisation financière du patient et au retrait de l'État social.

La médecine libérale n'est pas en reste dans ce jeu des intérêts. Elle s'allie à l'assurance privée pour asseoir la légitimité du discours de cette dernière et le relayer auprès des patients. La lutte contre une assurance publique complète jugée liberticide par les médecins va de pair avec le combat des assureurs privés pour développer leur marché.

2. 3 - L'assurance santé et la médecine libérale

en santé. Des innovations théoriquement et stratégiquement situées », in Bruno LAMOTTE, Anne LE ROY, Cécile MASSIT et Émmanuelle PUISSANT, *Innovations sociales, Innovations économiques*, Presses universitaires de Louvain, 2014, p 131-144.

41. Frédéric PIERRU, *Hippocrate malade de ses réformes*, Paris, Éditions du Croquant, « Savoir/agir », 2007.

42. François EWALD et Denis KESSLER, « Les noces du risque et de la politique », *Le Débat*, 2000, n° 109, p. 55-72.

La théorie conventionnelle de l'aléa moral n'est pas neutre pour les médecins. Elle se focalise sur la responsabilité de l'assurance du patient dans la croissance de la dépense. Elle occulte totalement le rôle des médecins. Or, pour consommer, il faut au minimum un médecin qui rédige une ordonnance. En théorisant une médecine sans médecin, la doctrine repose sur une fiction commode.

Cette fiction a en effet une fonction politique. Elle illustre le pouvoir politique des médecins qui ont l'oreille des pouvoirs publics. La profession arrive à s'exonérer des mesures les plus contraignantes d'économies budgétaires et à détourner ces contraintes vers les patients. Quand on ne peut pas contrôler les médecins, il est plus facile de faire payer les patients. Les médecins sont soumis à la réglementation publique mais elle n'est pas de même nature que celle des patients. Quand ces derniers doivent acquitter des malus (forfaits, franchises et tickets modérateurs), les médecins se voient proposer des bonus, pour prescrire des médicaments génériques, pour s'installer dans des zones désertifiées, pour prendre en charge des patients complexes, etc. Le pouvoir politique des médecins (ou du moins celui de certains d'entre eux) est sans commune mesure avec celui des patients.

La théorie conventionnelle de l'aléa moral est une ressource pour les médecins qui fait levier à leur pouvoir politique. Elle ne peut alors qu'être valorisée et relayée par la profession, ce qui assoit sa légitimité. Cependant, les médecins ne forment pas une armée uniforme et certains segments médicaux sont plus favorables à la doctrine que d'autres qui peuvent s'y opposer. Si l'argument de l'accès aux soins est dominant pour les tenants d'une médecine sociale, valorisant une culture de service public, celui de la responsabilité financière du patient est en résonance avec les valeurs de la médecine libérale qui mettent l'accent sur les libertés de toutes sortes (de prescription, d'installation, de prix, etc.) et valorisent la capacité de chacun à être un entrepreneur de lui-même.

C'est pourquoi la médecine libérale⁴³ fournit l'allié nécessaire à l'assurance privée pour asseoir la légitimité de son discours et le relayer auprès des patients. Cette connivence se retrouve autour de l'orientation technique de la médecine, notamment aux États-Unis, qui est profitable aux compagnies d'assurance et valorisée par les médecins qui orientent les patients vers les soins les plus coûteux (et non vers la prévention par exemple). De plus, les grandes fondations (Carnegie et Rockefeller) ont joué un rôle fondamental dans cette coalition. Avec l'aide de l'*American*

43. La médecine libérale se définit par ses valeurs et non par son lieu d'exercice. Elle est aussi bien développée en ville qu'à l'hôpital privé comme public.

Medical Association (AMA), elles ont soutenu financièrement la médecine de pointe pour apparaître comme des bienfaiteurs⁴⁴.

Cette convergence d'intérêts se traduit par l'opposition systématique de l'AMA à l'extension de couverture santé aux États-Unis⁴⁵. En France, au nom des valeurs libérales de la médecine, les médecins se sont opposés au tarif administré et n'ont eu de cesse de réclamer et d'obtenir la liberté tarifaire (sous forme de dépassements d'honoraire) qui est l'un des éléments majeurs du retrait de l'assurance publique et du développement du marché de l'assurance complémentaire à but lucratif.

La théorie conventionnelle de l'aléa moral s'inscrit dans un rapport de force favorable aux acteurs libéraux mais elle alimente également ce rapport de force. Elle produit une manière de penser qui dédouane les médecins de toute responsabilité dans la croissance de la dépense de santé et qui, par conséquent, ne doivent pas être la cible des réformes. En effet, en cherchant à faire porter le chapeau à l'assuré social, la théorie conventionnelle de l'aléa moral néglige le rôle des médecins qui sont inexistant dans l'analyse.

Or, force est de constater que les médecins sont bien présents dans la prescription médicale. Ils ont de plus la capacité d'induire la demande et de persuader les patients de consommer plus qu'ils en ont besoin, comme l'affirme une série de travaux en économie de la santé regroupés sous l'appellation générique de « théorie de la demande induite ». Dans ce cadre, le médecin instrumentalise le différentiel d'information qu'il possède face au patient⁴⁶. L'argument met ainsi en avant la responsabilité du médecin dans la surconsommation imputée au patient. Dans cette perspective, le médecin aurait intérêt à une couverture généreuse du patient car il peut solvabiliser l'exercice de son pouvoir discrétionnaire. Dans la théorie conventionnelle de l'aléa moral, l'assurance du patient peut induire de la « sur-quantité » des soins, du

44. Nicolas TANTI-HARDOUIN, *Aux origines de l'économie de la santé*, Ellipses, Paris, 2011.

45. Paul KRUGMAN, dans son ouvrage de 2008 (*L'Amérique que nous voulons*, Flammarion) affirme que l'AMA a consacré l'équivalent de 200 millions de dollars actuels pour faire échec au plan Truman et lutter contre le « vice d'une médecine socialisée. En outre, l'AMA aurait réclaté que l'on refuse les 'privilèges hospitaliers' aux médecins qui se déclaraient favorables au projet. Ces privilèges, octroyés par un hôpital à un médecin de famille permettent à ce dernier de continuer à suivre et à traiter ses patients à l'intérieur de l'établissement. Cité par Christian LEONARD, « La responsabilisation capacitante : un nouveau paradigme pour refonder l'État-providence ? Application au secteur des soins de santé », *Éthique et Économie - Ethics and Economics*, 2012, vol. 9, n° 2, p. 45-65 : <http://ethique-economique.net>

46. Lise ROCHAIX et Stéphane JACOBZONE, « L'hypothèse de demande induite : un bilan économique », *Économie et prévision*, 1997, n° 129-130, p. 25-36.

« sur-prix » ou de la « sur-qualité ». Or, dans chacun de ces registres, si on suit la théorie de la demande induite, le décideur reste le médecin : c'est lui qui décide de la consommation médicale et qui prescrit les actes médicaux. L'assurance rend le patient moins regardant sur le prix qui reste fixé par le médecin et qui peut l'être en fonction de l'assurance du patient. Enfin, les phénomènes de « sur-qualité » mettent l'accent sur une utilisation injustifiée du progrès technique auquel le patient n'a pas d'accès direct. Les politiques de partage des coûts sont sans effet sur ces dépenses et ne peuvent pas inciter le patient à réduire une consommation qui échappe à son autorité.

Les fondements de la théorie conventionnelle de l'aléa moral sont sapés par l'existence d'une demande induite et les deux approches sont contradictoires. La théorie de l'assurance santé ne doit plus uniquement s'opposer à la réalité de patients ordinaires. Elle doit aussi maintenant s'opposer à une autre théorie économique qui met aussi en avant le comportement parfaitement rationnel des acteurs, en l'occurrence du médecin. Si l'économisme de l'assurance n'a pas peur de s'opposer à la réalité, il est plus embarrassé face à une théorie qui a les mêmes bases. Cet embarras a des conséquences politiques importantes. Faire payer le patient plutôt que de contrôler le médecin suppose que l'on puisse établir la supériorité de la théorie de l'aléa moral du patient sur la demande induite du médecin.

Pour lever cet obstacle, la voie privilégiée est de s'appuyer sur la capacité du patient à contrôler le médecin et *in fine* à être le véritable décideur de sa dépense de santé. Le médecin est alors considéré comme un simple conseiller technique et le patient reste responsable de sa dépense.

Cette ambition théorique est soutenue par une évolution socio-juridique du statut du patient. La contestation du paternalisme médical dans le cadre de la « démocratie sanitaire » a développé l'autonomisation du patient, considéré comme développant de véritables compétences et pouvant négocier avec le médecin. Cette démocratie sanitaire qui vise initialement à donner une capacité de « *voice* » au patient a été progressivement transformée en « *exit* » de la logique marchande⁴⁷. Le nouveau patient, actif, émancipé par des procédures marchandes qui lui rendent un rôle de consommateur est dorénavant plus en phase avec le patient responsable de sa dépense de santé. Le patient considéré comme l'être infantile et irresponsable du paternalisme médical ancestral ne pouvait

47. Pour un développement cf. Philippe BATIFOULIER, « Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin », *Revue française de socio-économie*, 2012, n° 2, p. 155-174.

pas rendre des comptes. L'émancipation du patient au nom de valeurs d'autodétermination, de non-ingérence, de « gouvernement de soi » diffuse un climat favorable à la responsabilisation du patient et au durcissement des politiques de partage des coûts.

Le mouvement d'autonomisation marchande du patient s'inscrit dans la « société du risque » et la volonté de faire du patient un acteur de sa santé comme le souhaite le capitalisme assurantiel. Le plaidoyer pour le patient consommateur conteste le rôle moteur du médecin dans la consommation médicale et conduit dès lors à conforter la théorie de l'aléa moral malmenée par la thématique de la demande induite. Le patient payeur a besoin du patient consommateur. Il convient alors de faire advenir un monde de patients souverains et responsables. La performativité de la théorie de l'assurance santé passe dorénavant par une théorie performative du patient consommateur.

En prenant appui sur le cas exemplaire de la théorie économique de l'assurance santé, notre analyse a cherché à montrer qu'une conception largement contestée par l'arène scientifique s'est érigée en convention. De nombreux chercheurs l'adoptent et la perpétuent en l'adoptant. Si cette théorie conventionnelle de l'aléa moral a vu son espace de validité considérablement réduit avec le temps, elle anime pourtant davantage les politiques économiques aujourd'hui qu'hier. Elle est aussi source de renoncements et de retards de soin et contribue à creuser les inégalités alors que son efficacité sur la réduction des dépenses est contestable.

Une telle situation est paradoxale. Elle tient à la constitution de la théorie économique standard en véritable orthodoxie qui dénie le statut d'énoncé scientifique à tout ce qui ne rentre pas dans le moule de l'approche néoclassique. La chasse à la concurrence des idées en économie rend l'approche standard d'autant plus audible qu'elle est en situation de monopole.

Sa performativité tient aussi à sa capacité à s'insérer dans un processus d'apprentissage du marché dont le capitalisme assurantiel tire profit. La représentation de la réalité véhiculée par la théorie standard est en résonance avec les intérêts matériels des acteurs dominants et en phase avec le processus de privatisation de la santé. La représentation théorique dominante de l'assurance santé s'inscrit dans un rapport de force favorable aux acteurs libéraux, tout en nourrissant également ce rapport de force.

*Université Paris 13, CEPN UMR CNRS 7234
Philippe.Batifoulier@univ-paris13.fr*

* * *