



HAL
open science

Les effets pervers de la politique incitative : l'exemple de l'assurance maladie complémentaire

Philippe Batifoulier, Jean-Paul Domin, P. Abécassis

► **To cite this version:**

Philippe Batifoulier, Jean-Paul Domin, P. Abécassis. Les effets pervers de la politique incitative : l'exemple de l'assurance maladie complémentaire. *Économie appliquée* : archives de l'Institut de science économique appliquée, 2010, 63 (4), pp.171-194. <hal-02963187>

HAL Id: hal-02963187

<https://hal.science/hal-02963187v1>

Submitted on 14 Apr 2026

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.



Distributed under a Creative Commons CC BY-ND 4.0 - Attribution - No Derivative Works - International License

Les effets pervers de la politique incitative : l'exemple de l'assurance maladie complémentaire

Philippe Batifoulier, Jean-Paul Domin, Philippe Abecassis

Résumé

Cet article analyse les transformations récentes du système de soins en France. Le développement de mécanismes incitatifs constitue aujourd'hui le fondement de la politique de santé en incitant les patients à adopter des comportements vertueux et économes. Le transfert croissant d'une partie des dépenses vers l'assurance maladie complémentaire en est un exemple éloquent. Mais, il entraîne de nouvelles formes d'inégalités qui viennent s'ajouter à celles préexistantes. Ces limites ont conduit le législateur à amender sa politique en exonérant certains patients de la contribution au financement de leurs propres dépenses de santé. Ces aménagements notables n'ont pas desserré le dilemme efficacité versus équité dans les politiques de santé.

Abstract

This article looks at recent transformations of the health care system in France. The development of incentive-based mechanisms has today become the cornerstone of health policy in order to induce patients to restrict over-consumption. The transfer of an ever-increasing part of expenses onto complementary health insurance is quite telling in this respect. It also leads to new inequalities which compound pre-existing ones. These shortcomings have led law-makers to mitigate their policy by exempting some patients from contributing to the funding of their own health care costs. However, these noteworthy arrangements have not alleviated the dilemma of the efficiency vs. equity debate concerning health policy.

Citer ce document / Cite this document :

Batifoulier Philippe, Domin Jean-Paul, Abecassis Philippe. Les effets pervers de la politique incitative : l'exemple de l'assurance maladie complémentaire. In: Économie appliquée, tome 63 n°4, Décembre 2010. pp. 171-194;

doi : <https://doi.org/10.3406/ecoap.2010.1964>;

https://www.persee.fr/doc/ecoap_0013-0494_2010_num_63_4_1964;

Fichier pdf généré le 05/03/2024

Les effets pervers de la politique incitative : l'exemple de l'assurance maladie complémentaire

Philippe Batifoulie^{*}, Jean-Paul Domin^{**},
Philippe Abecassis^{***}

Cet article analyse les transformations récentes du système de soins en France. Le développement de mécanismes incitatifs constitue aujourd'hui le fondement de la politique de santé en incitant les patients à adopter des comportements vertueux et économes. Le transfert croissant d'une partie des dépenses vers l'assurance maladie complémentaire en est un exemple éloquent. Mais, il entraîne de nouvelles formes d'inégalités qui viennent s'ajouter à celles préexistantes. Ces limites ont conduit le législateur à amender sa politique en exonérant certains patients de la contribution au financement de leurs propres dépenses de santé. Ces aménagements notables n'ont pas desserré le dilemme efficacité versus équité dans les politiques de santé.

^{*} EconomiX, Université Paris Ouest Nanterre La Défense.

^{**} OMI, Université de Reims Champagne-Ardenne.

^{***} CEPN, Université Paris-Nord.

Une version précédente de ce texte a été présentée au Troisième Congrès de l'Association française de sociologie (Réseau RT 6) en avril 2009. Les auteurs tiennent à remercier les rapporteurs de la revue pour leurs critiques et leurs remarques stimulantes. Par convention, ils restent responsables des insuffisances et limites de cet article.

This article looks at recent transformations of the health care system in France. The development of incentive-based mechanisms has today become the cornerstone of health policy in order to induce patients to restrict over-consumption. The transfer of an ever-increasing part of expenses onto complementary health insurance is quite telling in this respect. It also leads to new inequalities which compound pre-existing ones. These shortcomings have led law-makers to mitigate their policy by exempting some patients from contributing to the funding of their own health care costs. However, these noteworthy arrangements have not alleviated the dilemma of the efficiency vs. equity debate concerning health policy.

INTRODUCTION

Les réformes des systèmes de santé se nourrissent du contexte macroéconomique global et de certaines représentations savantes véhiculées par les économistes et relayées par les organismes internationaux ou nationaux. Les travaux en sciences politiques, en socio-économie ou en sociologie politique ont montré l'influence que pouvait avoir un référentiel marchand sur les dispositifs mis en œuvre [Barbier J.-C., Théret B. (2004 ; Batifoulier P., Domin J.-P., Gadreau M. (2007), p. 101-126 ; Batifoulier P., Eymard-Duvernay F., Favereau O. (2007), p. 203-229 ; Jobert B., Théret B. (1994), p. 21-85 ; Muller P. (2000), p. 189-207 ; Palier B. (2008), p. 119-138].

Cette contribution cherche à prolonger la notion de marchandisation à partir des thématiques visant à montrer le développement d'un « marché au-delà du marché ». La marchandisation doit aussi s'entendre dans un sens performatif et normatif. Elle vient compléter les conceptions plus usuelles de la (dé)marchandisation de la protection sociale qui mesure le degré d'éloignement au marché du travail qu'opère la protection sociale ou qui dénonce la désocialisation quand elle s'exprime par un mécanisme de balancier où la part de l'assurance obligatoire diminue en même temps que la part de l'assurance complémentaire augmente.

Une autre forme de marchandisation de la santé se traduit par un engagement qualitatif de l'État social quand il cherche à introduire les *valeurs* du marché dans un secteur dit à imperfections comme la protection sociale. L'importance donnée aux incitations financières constitue alors le fer de lance de cette marchandisation. Elle repose sur une construction politique, tout autant que sur une philosophie morale,

qui requiert des individus rationnels dont les valeurs sont réduites à l'intérêt. Le marché a besoin d'individus qui adoptent un comportement de marché. La marchandisation doit alors s'entendre comme la construction, par les incitations, d'attitudes qui sont proches de celle d'un *homo æconomicus* [Callon M. (1998), p. 9-46].

Le développement de mécanismes de marché s'observe du côté de l'offre de soins où a été mis en évidence l'activation de logiques entrepreneuriales dans les systèmes d'assurance sociale comme dans les systèmes universels [Saltman R. (2002), p. 1677-1694 ; Wynand P., Van De Ven W. (1996), p. 655-666]. L'analyse des logiques tarifaires de la médecine en France a révélé l'existence d'un nouveau rôle pour les honoraires, considérés davantage comme des prix de marché [Batifoulier P., Gadreau M., Lievaut J. (2009), p. 222-233]. Les stratégies marketing visant à doper les ventes des firmes pharmaceutiques conduisent à chercher un rapprochement du producteur de médicament et du consommateur final et à reléguer le médecin à un prescripteur de marché [Abecassis P., Coutinet N. (2009), p. 146-164]. Enfin, la thématique de l'hôpital-entreprise se construit aussi sur la façon dont une logique de prix fictifs peut activer une concurrence par comparaison et mimer un marché [Mossé P., Pierru F. (2002), p. 235-268].

Cet article se concentre sur le cas du patient et des politiques de la demande en santé. Au nom de l'activation de la responsabilité et de l'expression des préférences individuelles, les politiques de santé sont dorénavant caractérisées par un transfert de charges croissant vers le patient et son assurance complémentaire maladie. Avec les mesures de copaiement, généralisées en Europe et durcies récemment en France (loi du 13 août 2004), avec l'introduction d'un ticket modérateur d'ordre public, le patient est désormais incité à adopter un comportement économe et vertueux. La recherche d'économies est opérée par un mécanisme de *malus* venant taxer une consommation jugée superflue ou inutile.

Définir une dépense nécessaire ou abusive est difficile et il n'y a pas de fondation théorique solide à une telle entreprise. Cependant la ligne de démarcation pragmatique est donnée en France par la part de remboursement laissée aux assurances complémentaires. L'importance de cette part complémentaire mesure implicitement la place laissée aux préférences individuelles et à la prévoyance libre. Elle révèle en creux l'espace potentiel des comportements de type *free rider*. Ceci explique notamment qu'elle soit plus forte en médecine ambulatoire qu'à l'hôpital. La refondation du rôle de l'assurance maladie complémentaire

crystallise ainsi l'ampleur de l'individualisation et la modulation des droits sociaux.

Nous organiserons notre argumentaire en deux temps. Nous verrons dans la première partie que la politique économique de santé s'inspire profondément du régime des idées et notamment de la conception normative d'un patient potentiellement gaspilleur parce que rationnel. Le développement de mécanismes incitatifs, notamment par le durcissement des tickets modérateurs et des copaiements, constitue selon ses partisans une réponse appropriée aux comportements irresponsables en incitant les patients à adopter des comportements vertueux et économes. Le développement de l'assurance maladie complémentaire s'inscrit tout particulièrement dans cette perspective.

La seconde partie met en évidence les errements de cette politique. Le transfert croissant d'une partie des dépenses vers l'assurance maladie complémentaire entraîne de nouvelles formes d'inégalités, créées par la politique de santé, qui viennent s'ajouter aux inégalités sociales préexistantes. Cette dérive inégalitaire a conduit le législateur à amender sa politique en exonérant certains patients de la contribution au financement de leurs propres dépenses de santé. Ces patients, parce qu'ils ont de faibles revenus, ont bénéficié d'une couverture complémentaire gratuite qui prend en charge le ticket modérateur. Ces aménagements notables n'ont pas desserré le dilemme efficacité/équité dans les politiques de santé.

I. – L'ENCADREMENT CROISSANT DU COMPORTEMENT DU PATIENT ET LE DÉVELOPPEMENT DE MÉCANISMES INCITATIFS

Nous montrerons dans un premier temps (I.1) que la place grandissante de l'assurance maladie complémentaire repose sur une représentation particulière du patient formatée par la figure de l'*homo œconomicus*. La rationalité stratégique du patient qui le conduirait à abuser du système, a été érigée en principe de politique économique de santé. La socialisation de l'assurance est alors vue comme une incitation perverse. Le développement d'un espace de libre prévoyance, censé responsabiliser l'individu, est alors conçu comme un moyen d'enrayer les comportements de type passager clandestin (*free rider*).

Cette conception du malade comme truqueur potentiel conduit les pouvoirs publics à utiliser les leviers de la rationalité individuelle pour inciter les individus à adopter des comportements économes. La désocialisation de la couverture santé devient alors un des moyens mis en œuvre pour responsabiliser les individus. Dans les faits, elle prend la forme d'une complémentarité institutionnelle entre une assurance maladie obligatoire (AMO) en réduction et une assurance maladie complémentaire (AMC) en développement (I.2).

I.1. Une représentation du patient pour le développement d'un espace de libre prévoyance

Les problèmes posés à la politique de demande en santé sont classiquement structurés dans les termes d'une relation d'agence assureur - assuré où le patient joue le rôle de l'agent du système. Dans cette conception, il est dépositaire d'un pouvoir stratégique mesuré par l'ampleur du différentiel d'information en sa faveur et qu'il peut mettre à son profit pour adopter une attitude perverse poussant à la surconsommation de soins. (I.1.1.). La libre prévoyance est légitimée quand la tricherie du patient est mise en avant. La rationalité du patient sert alors de levier au développement d'une politique d'incitations diverses (I.1.2.).

I.1.1. Le patient rationnel : un principe fondateur de la politique économique de santé

La théorie économique néo-classique considère le marché de la santé comme durablement marqué par des asymétries d'information entraînées par des comportements stratégiques [Arrow K.-J. (1963), p. 941-973]. Les rapports entre agents économiques se caractériseraient par une inégale répartition de l'information. Cette relation dite d'agence est marquée par des distorsions dans l'allocation des ressources qualifiées d'aléa moral (*moral hazard*) et d'antisélection (*adverse selection*). L'aléa moral correspond à une utilisation rationnelle, mais abusive d'une assurance généreuse par les agents économiques, ce qui altère le bien être collectif.

L'aléa moral est observable quand le risque supporté par l'assureur est aggravé par le comportement des individus. Deux sortes de comportements d'aléa moral sont envisageables. L'aléa moral de première

espèce (dit aléa moral *ex ante*) suppose que l'individu relâche sa vigilance en raison de l'efficacité de son assurance. Ce risque est difficilement observable en assurance maladie [Demange G., Geoffard P.-Y. (2004), p. 595-609]. L'aléa moral de seconde espèce (dit aléa moral *ex post*) suppose que l'assuré, une fois le risque survenu, consomme davantage de soins que son état ne le nécessite. Contrairement à l'approche traditionnelle des contrats, l'asymétrie d'information n'est pas nécessaire à la manifestation de l'aléa moral. Les différents états de la nature (processus de soins, incertitude sur l'efficacité des traitements, relation d'agence entre le malade et le praticien) empêchent la mise en œuvre de transferts forfaitaires. L'intérêt du patient à la surconsommation peut aussi être partagé par le médecin. Aussi, l'assurance maladie est dans une configuration de double aléa moral [Bardey D., Couffinhall A., Grignon M. (2003), p. 165-197].

L'histoire de la Sécurité Sociale révèle la récurrence de la thématique des abus des assurés sociaux. Le comportement abusif du patient, profitant de l'assurance sociale pour dépenser au delà du nécessaire est déjà dénoncé dès les années 1940 [Pierru F. (2007 ; Vallat B. (2001)]. Cette critique répétitive est réactivée à chaque période de déficit. La lutte contre la dérive des dépenses de santé devient une lutte contre l'irresponsabilité du patient. Cette thématique, issue de la théorie du risque [Domin J.-P. (2006), p. 111-136], s'est progressivement généralisée au discours politique. Elle s'est durcie avec le temps et la thématique de l'abus s'est largement médiatisée¹ en même temps qu'elle s'est étoffée. L'abus a dorénavant plusieurs visages notoires : le nomadisme où le patient consulte plusieurs médecins pour le même épisode de soins ; la fraude à l'assurance où la maladie est instrumentalisée pour satisfaire une préférence pour le loisir ; l'addiction aux médicaments développant une consommation exagérée, le gaspillage de ressources rares quand « la santé n'a pas de prix ».

Si les arguments des années 1940 et 1950 sont semblables à ceux qui sont avancés aujourd'hui, ils s'expriment dorénavant avec plus de force du fait du référentiel marchand qui anime la politique de santé. L'insistance sur le rôle des dépenses dans le déficit, le refus d'accroître les prélèvements obligatoires et donc les recettes, la baisse de la dépense publique érigée en horizon incontournable remettent au premier plan la politique de la demande. L'argument de la nécessité

¹ Une campagne publique de publicité affirmait dans les années 1990 : « la Sécu, c'est bien, en abuser ça craint ».

sociale qui interdisait tout alourdissement des frais de santé du patient conduisait naguère à privilégier la régulation de l'offre pour maîtriser les dépenses [Vallat B. (2001)]. Cet argument est aujourd'hui relégué au second plan.

L'État détermine alors les cadres et les valeurs permettant le fonctionnement de cette représentation marchande. Le projecteur braqué sur les comportements opportunistes des assurés fournit une assise à la critique de l'assurance maladie socialisée. La mauvaise réputation du patient est en effet intimement liée à la socialisation de l'assurance maladie. Le patient développe un comportement de resquilleur car il profite de la socialisation de l'assurance. La gratuité ou le sentiment de gratuité conduirait à des dépenses immodérées. Elle activerait chez chaque individu un penchant supposé naturel au moindre effort qui conduit au gaspillage. Dans ce contexte institutionnel, chaque assuré peut développer une attitude perverse en toute impunité car il sait que ses dépenses, mêmes injustifiées, seront supportées par un financement collectif. Si chaque individu se conduit en profiteur, c'est parce que la forme sociale, obligatoire et collective de l'assurance maladie lui offre des espaces de liberté dans lesquels il s'engouffrerait. Il semblerait dès lors acquis que l'excès d'assurance sociale est la cause d'une consommation inutile ou injustifiée.

1.1.2. L'individualisation croissante de la santé et la généralisation des incitations

La politique mise en œuvre depuis le début des années 2000 a accéléré la transformation d'un patient assuré social à un consommateur gestionnaire de son capital santé. La loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades et la qualité du système de santé constitue le premier moment de transformation. En souhaitant valoriser le rôle du patient dans le colloque singulier, la loi oblige le praticien à donner l'ensemble des informations au malade et favorise la recherche d'un consentement éclairé de sa part. Cette évolution peut être appréhendée comme une tentative de despécification de la relation thérapeutique s'inscrivant plus largement dans le cadre d'une régulation marchande où le patient cède sa place au consommateur de soins [Domin J.-P. (2006), p. 427-438].

La loi du 13 août 2004 de réforme de l'assurance maladie poursuit dans cette voie [Batifoulier P., Domin J.-P., Gadreau M. (2008), p. 27-46]. En effet, l'augmentation des dépenses de santé étant généralement

associée au comportement irresponsable des acteurs, l'objectif de toute politique économique de santé consiste à mettre en place des dispositifs limitant les comportements opportunistes. Ces mesures s'appuient sur la théorie des incitations qui a pour objectif, par l'intermédiaire d'un système de sanction/récompense, de suspendre les capacités de nuisance des acteurs en situation d'asymétrie informationnelle.

Les incitations sont donc appréhendées comme un ensemble d'événements, manipulé par le décideur afin de modifier les actes des agents. Le domaine de la santé n'échappe pas à cette nouvelle fonction de l'État social considéré comme un manipulateur d'incitations [Batifoulier P., Eymard-Duvernay F., Favereau O. (2007), p. 203-229]. En effet, il n'y a pas de dysfonctionnement qu'une bonne incitation ne saurait résoudre. Les mécanismes de copaiement, la place croissante laissée à l'assurance complémentaire, le niveau du reste à charge du patient ne doivent alors être évalués qu'à leur capacité à inciter les assurés à adopter des comportements économes en matière de dépenses de santé. Dans bon nombre de pays européens, des systèmes de franchise ou de copaiement ont été mis en place afin de réduire l'aléa moral. Mais, les réformes ont interdit la réassurance dans la mesure où un copaiement refinancé par l'assureur complémentaire n'a plus de vertus dissuasives. La réforme de l'État social passe donc par une corégulation associant les pouvoirs publics, le corps médical et l'assurance maladie (obligatoire et complémentaire). Le désengagement financier de l'État accélère la construction d'une forme particulière de marché.

I.2. Désocialisation du patient et développement de l'assurance maladie complémentaire

La recherche d'économies budgétaires par la responsabilisation du patient suppose de pouvoir identifier l'espace des dépenses improductives qui seraient laissées à la libre prévoyance. Cette identification définit l'espace d'intervention des assureurs privés. La responsabilisation est alors reliée à la désocialisation de la couverture santé (I.2.1.). Quand la tricherie rationnelle du patient est mise en avant, la libre prévoyance s'en trouve légitimée. La rationalité du patient sert alors de levier au développement institutionnel de l'assurance maladie complémentaire (I.2.2.).

1.2.1. La désocialisation pour responsabiliser le patient

La dénonciation des abus des patients dissimule une critique de l'assurance sociale qui appelle sa gamme particulière de solution. Si le problème est la socialisation de l'assurance santé, la réponse doit être cherchée dans la désocialisation. C'est dans cet esprit que s'est développée la mise à contribution financière du patient notamment par l'activation de l'espace de prévoyance privée.

L'abus du patient est une conséquence de sa rationalité stratégique et de la réduction des valeurs au seul intérêt privé. Il est en effet rationnel de gaspiller les biens gratuits et les abus du patient ne sont qu'un produit dérivé d'une l'hypothèse économique de rationalité considérée comme universelle. Les comportements abusifs sont alimentés par le caractère collectif de l'assurance santé qui permet à chaque patient de se conduire en passager clandestin. Ce patient amoral est en effet peu soucieux du bien commun : il profite de l'assurance collective sans assumer financièrement les conséquences de son comportement irresponsable. Cherchant à tirer la couverture à lui, il se conduit en requilleur. Il peut développer un tel comportement du fait du caractère collectif de l'assurance santé : le patient peut disposer de ce service public sans en avoir supporté la charge.

Quand chaque patient se conduit en passager clandestin, c'est l'assurance santé dans son ensemble qui est vulnérable. Le développement et le durcissement des tickets modérateurs sont alors des moyens d'inciter ce patient supposé *homo œconomicus* à davantage de vertu. Ceux-ci viennent corriger les effets pervers de l'expression de sa rationalité calculatrice. En redressant l'attitude indélicate du patient, ils permettent de sauver l'assurance santé collective des menaces que fait peser sur elle la rationalité opportuniste.

Pour lever ce problème, on pourrait en appeler à une autre rationalité : moins *self regarding* et davantage *other regarding*. Pourtant, le propre de cette solution incitatrice est de combattre les effets pervers de cette conception de la rationalité par l'exacerbation de cette même rationalité. Il s'agit moins de véhiculer d'autres valeurs que celles du calcul rationnel que d'orienter ce calcul. Il s'agit en effet de s'appuyer sur la rationalité individuelle pour donner aux agents un intérêt à adopter un comportement vertueux. La théorie de l'aléa moral en santé est exemplaire de cette façon d'en appeler à l'hyper capacité de calcul du patient pour combattre les dérives de sa rationalité calculatrice. C'est en activant la rationalité individuelle que l'on entend assurer une coor-

dination efficace. Celle-ci reste dépourvue de références à des valeurs qui seraient étrangères à l'intérêt lucratif et qui pourraient nourrir un comportement coopératif.

La théorie économique et sa capacité à performer la politique de santé ont conduit à mettre en avant la dangerosité d'une assurance sociale complète. Si la gratuité totale est une incitation perverse, le recours à un copaiement devient la bonne incitation, celle qui va conduire les individus rationnels à adopter des comportements économes. C'est donc en jouant sur l'intérêt bien compris du patient que la politique de santé va enrayer les comportements stratégiques. Le recours à l'intérêt lucratif permet ainsi paradoxalement de combattre les effets de la recherche de l'intérêt lucratif. La métamorphose de l'assurance maladie complémentaire est un élément central de cette représentation du patient.

1.2.2. L'essor institutionnel de l'assurance maladie complémentaire

La représentation du patient qui anime la politique de demande en santé conduit à un nouveau partage entre assurance maladie complémentaire (AMC) et assurance maladie obligatoire (AMO). Le développement de l'AMC est en effet lié au remodelage de l'AMO. En France, l'assureur complémentaire est en charge historiquement de la solidarité nationale en partage avec l'assureur public qui reste maître d'œuvre. Les organismes complémentaires cumulent les fonctions d'assurance complémentaire et supplémentaire. Au titre d'assureur supplémentaire, ils assument aussi le financement des soins en dehors du panier de soins remboursables comme les soins liés au confort (chambre seule à l'hôpital) ou les dépassements d'honoraires exigés par certains médecins. Au titre d'assureur complémentaire, ils prennent en charge une part de l'assurance des soins de base et participent au financement de ce panier. Ils assurent ainsi le cofinancement de la solidarité nationale. Le basculement d'une partie du remboursement des frais de santé de l'AMO vers l'AMC renforce la place institutionnelle de l'assureur complémentaire.

C'est dans cet esprit que la réforme du 13 août 2004 associe les organismes obligatoires et complémentaires d'assurance maladie dans la gestion de la dépense d'assurance maladie. À cet effet, deux structures nouvelles ont été mises en place : l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) coordonnant l'assurance publique et l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance mala-

die (UNOCAM). L'objectif affiché est d'organiser la coopération entre les assurances publique et complémentaire [Franc C. (2005), p. 43-48].

Cette ambition est particulièrement recherchée dans la mise en œuvre du parcours de soins (dit médecin traitant) où les contrats liant les assurés sociaux aux organismes de protection sociale complémentaire (qualifiés de contrats responsables) délimitent le rôle des assurances obligatoires et complémentaires et doivent contenir, pour bénéficier d'exonérations fiscales et sociales, des dispositions non contraires aux parcours de soins. Ce dispositif donne un rôle nouveau à l'assurance maladie complémentaire qui doit dorénavant appliquer la même politique que l'assurance maladie obligatoire [Ginon A.-S. (2005), p. 907-918]. Il s'agit ici d'une mise en cohérence des rôles de chacun².

Le respect du parcours de soins, mis en œuvre dans la loi du 13 août 2004, est donc encadré par deux types de procédures incitatives qui délèguent d'une certaine façon aux assureurs complémentaire la mission de faire appliquer les décisions prises par l'assureur public. La première s'appuie sur la non-prise en charge du supplément³ par l'organisme complémentaire d'assurance maladie qui est donc associé à la politique de l'assurance maladie obligatoire. La seconde procédure repose sur la possibilité d'un dépassement d'honoraires autorisé qui lui, profite au seul praticien. Avec la création des contrats responsables, l'assurance maladie complémentaire est amenée à jouer un rôle nouveau en collaboration avec l'assurance maladie obligatoire. Ces contrats participent à la politique de maîtrise des dépenses de santé dans la mesure où les restrictions et les exclusions de prise en charge s'inscrivent dans la lutte contre l'aléa moral et doivent inciter à faire évoluer les comportements des assurés face aux soins [Del Sol M., Turquet P. (2005), p. 308-323]. Le report d'une partie croissante vers les assurances complémentaires les incitera à encadrer les comportements déviants. Les organismes complémentaires d'assurance maladie vont amplifier les déremboursements en accentuant le reste à charge

² Les mutuelles incitent au respect du parcours de soins. En 2007, un assuré sur cinq a subi des pénalités plus fortes que celles prévues par la loi de 2004. 26,7 % des adhérents des mutuelles ont été pénalisés financièrement pour non respect du parcours de soins, contre 16,1 % des assurés des institutions de prévoyance et 4,7 % de ceux des assurances [Garnero M., Rattier M.-O. (2009)].

³ Il s'agit d'une augmentation du ticket modérateur infligée en cas de non-respect du parcours de soins.

pour le patient. Cette nouvelle gouvernance, par l'intermédiaire d'un partage entre les assurances maladie obligatoire et complémentaire, fait donc supporter à l'assuré social les conséquences financières de son comportement.

II. – LES ERREMENTS DE LA POLITIQUE ÉCONOMIQUE DE SANTÉ ET LE CREUSEMENT DES INÉGALITÉS

Deux voies de réforme de l'État social ont été historiquement empruntées. La première consiste à augmenter les recettes mais entre en contradiction avec l'impératif de ne pas augmenter les prélèvements sociaux et fiscaux. La seconde vise à réduire les dépenses, mais, elle se heurte aux spécificités du bien santé, à la concentration des dépenses et au progrès technique. La solution envisagée par la loi du 13 août 2004 constitue une troisième voie : le retrait financier de l'État de l'assurance maladie et le transfert progressif d'une partie des dépenses vers les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM).

Ce transfert est problématique dans la mesure où la solution d'une extension de l'assurance maladie complémentaire ne résout pas la question des inégalités de santé (II.1.). Cette solution, en introduisant des correctifs pour éviter à certains patients d'être privés d'assurance maladie, est coûteuse alors qu'elle peine à combattre les inégalités d'accès aux soins (II.2.).

II.1. L'évolution du rôle de l'assurance complémentaire ne résout pas le problème des inégalités de santé

Le transfert de l'AMO vers l'AMC est foncièrement inégalitaire car la couverture complémentaire est très inégalement répartie. En particulier les inégalités en matière d'accès à l'assurance maladie complémentaire s'ajoutent à celles existantes sur le marché du travail (I.2.1.) et certaines pratiques d'augmentation tarifaires des praticiens risquent d'aggraver cette situation (I.2.2.).

II.1.1. Les inégalités d'accès aux assurances complémentaires

L'accès des ménages aux assurances complémentaires a évolué positivement depuis 1980. À cette date, 69 % de la population était couverte. Seize ans plus tard, cette proportion avoisinait 84 % [Blanpain N., Pan Ké Shon J.-L. (1997)]. En 2006, 93 % de la population déclare bénéficier d'une assurance maladie complémentaire selon l'enquête santé protection sociale menée par l'IRDES [Kambia-Chopin B., Perronnin M., Rochereau T. (2008)]. Mais, cette généralisation masque des inégalités dans la mesure où sa diffusion est fortement corrélée au niveau de vie des ménages. En 2006, 14,4 % des personnes vivant dans un ménage disposant de moins de 800 euros par mois sont sans couverture complémentaire. En revanche, seulement 3 % des personnes vivant dans un ménage aisé⁴ ne dispose pas d'une telle couverture.

Les populations les plus vulnérables sont les moins bien couvertes par l'assurance maladie complémentaire : 13 % des personnes appartenant à une famille monoparentale n'ont pas de couverture, contre 5 % pour celles vivant en couple avec deux enfants. L'activité professionnelle a également un rôle important. Un chômeur a trois fois plus de risques qu'un salarié de ne pas bénéficier d'une AMC. L'inactif a, quant à lui, 1,6 fois plus de chances que l'actif d'être écarté de l'accès aux organismes complémentaires d'assurance maladie [Marical F., Saint-Pol (de) T. (2007)]. Les chômeurs sont une population pour laquelle l'accès à une complémentaire santé est le plus difficile. La faiblesse de leur revenu en constitue une première explication. À cela s'ajoute l'impossibilité de bénéficier d'un contrat d'entreprise, bien que la loi dite Évin du 31 décembre 1989 leur permette, sous certaines conditions, de bénéficier d'un prolongement de leur contrat.

Cette situation est d'autant plus difficile que les ménages modestes ont à dépenser une somme plus importante pour acquérir une assurance maladie complémentaire. Une étude récente a tenté d'évaluer le poids de cette dépense dans le budget des ménages (taux d'effort)

⁴ Un ménage aisé bénéficie d'un revenu de 1867 € par unité de consommation (UC). Cette échelle d'équivalence permet de comparer des niveaux de vie de ménages de taille différente en utilisant les indices de pondération suivants : 1 UC pour le premier adulte du ménage, 0,5 UC pour les autres personnes âgées de plus de 14 ans et de 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans [Kambia-Chopin B., Perronnin M., Rochereau T. (2008)].

[Kambia-Chopin B., Perronnin M., Rochereau T. (2008)]. Ce taux a été calculé à partir des seuls contrats individuels (c'est-à-dire conclus en dehors de l'entreprise). Le taux augmente quand le revenu diminue : il est de 2,9 % pour les ménages les plus aisés et de 10,3 % pour les plus pauvres. Malgré cela, les sommes (en valeur absolue) consacrées par les familles modestes à l'acquisition d'une complémentaire santé restent inférieures à celles des ménages aisés. Ils accèdent donc à des contrats d'entrée de gamme dont les garanties sont inférieures à celles des contrats haut de gamme.

Les inégalités existent d'abord entre les entreprises. Si 43 % des établissements proposent un contrat collectif à leurs salariés, plus la taille augmente, plus l'accès à l'AMC se développe [Guillaume S., Rochereau T. (2010)]. Les inégalités sont également présentes au sein des entreprises où les contrats des cadres et des autres catégories sont différents. Ainsi, dans les entreprises proposant au moins un contrat de couverture complémentaire, les cadres bénéficient de meilleures couvertures que les autres. 29 % d'entre eux ont accès à un contrat fort en optique et 15 % à un contrat fort en dentaire alors que les non-cadres ne sont que 18 % à bénéficier des premiers et 12 % des seconds. En revanche, pour les contrats dits faibles, 32 % des cadres y ont accès contre 46 % des non-cadres [Francesconi C., Perronnin M., Rochereau T. (2006)]. Pour les établissements proposant des contrats différenciés selon les catégories socioprofessionnelles, les inégalités sont encore plus importantes. 48 % des cadres bénéficient de contrats haut de gamme contre 18 % des non-cadres. À l'inverse, 11 % des cadres ont accès à un contrat faible alors que 40 % des non-cadres bénéficient de contrat de ce type.

Le type d'assurance complémentaire varie en fonction du profil socioprofessionnel de l'assuré. Ainsi, les cadres sont plus souvent couverts par un contrat collectif que les ouvriers (76 % contre 50 %) qui souscrivent en majorité des contrats individuels (41 % contre 24 %) [Loones A. (2008)]. Les garanties proposées par ces deux catégories de contrats ne sont évidemment pas les mêmes. Les contrats d'entrée de gamme sont plus souvent souscrits de façon individuelle (15 %) que de manière collective (5 %) et prévoient essentiellement des remboursements du ticket modérateur. Les contrats hauts de gamme sont majoritairement collectifs (11 %) et offrent des garanties deux à trois fois supérieures à celles des contrats standards [Arnould M.-L., Rattier M.-O., Raynaud D. (2006)]. Ainsi, le niveau de garantie offert au souscripteur dépend non seulement du prix du contrat mais aussi de la situation sociale de l'assuré.

II.1.2. Le report des inégalités sur les organismes complémentaires d'assurance maladie

Les contrats d'assurance maladie complémentaire sont le révélateur des inégalités qui existent déjà sur le marché du travail [Saliba S., Ventelou B. (2007), p. 166-182]. Les garanties dépendent en grande partie de la qualité des contrats qui dépend elle-même du niveau de revenu et du milieu social. La prise en charge des dépassements honoraires est assez significative de ces nouvelles formes d'inégalités. Ces dépassements constituent désormais une pratique courante et ont majoré les honoraires des praticiens de 8 % en moyenne en 2002. En 2004, le poids des dépassements a représenté 5,5 % des honoraires totaux des omnipraticiens et 14,4 % de certains spécialistes. De 1993 à 2004, les dépassements d'honoraires dans les honoraires totaux sont passés, pour l'ensemble de la profession de 8,7 % à 10,7 %. On peut donc parler d'une banalisation des dépassements d'honoraires [Aballéa P., Bartoli F., Esclous L., Yeni I. (2007)]. Cette logique est d'autant plus forte que ces dépassements constituent un marché nouveau pour le secteur de l'AMC : leur prise en charge n'est plus considérée comme illégitime par la Mutualité.

Si les dépassements d'honoraires sont globalement pris en charge pour l'ensemble de la population à hauteur d'un tiers [Aballéa P., Bartoli F., Esclous L., Yeni I. (2007)], contrat par contrat, les garanties sont assez disparates et vont d'une absence totale de couverture à une prise en charge totale. Plus des deux tiers des contrats collectifs couvrent les dépassements. Les contrats individuels sont moins favorables puisque seulement 17 % des contrats individuels des mutuelles couvrent les dépassements. En revanche, 70 % des contrats individuels haut de gamme proposés par les compagnies d'assurance couvrent les dépassements [Martin-Houssart G., Rattier M.-O., Raynaud D. (2005)]. Les contrats standards prennent en charge de façon modérée les dépassements d'honoraires. Seuls 20 % de ces contrats proposent un tarif de remboursement de 130 % du tarif conventionnel et 15 % offrent des remboursements allant de 131 % à 150 % du tarif conventionnel. À l'opposé, les contrats haut de gamme prennent tous en charge les dépassements d'honoraires à des taux supérieur ou égaux à 200 % du tarif conventionnel [Arnould M.-L., Vidal G. (2008)].

Au total, l'évolution de l'AMC ne témoigne pas seulement du retrait de l'AMO. La libre prévoyance s'installe sur certains biens et services médicaux laissés captifs par la politique publique de santé. Elle

témoigne ainsi de la qualité (et pas seulement de la quantité) du désengagement de l'État social.

II.2. Une politique coûteuse qui tend à accroître les inégalités

Les politiques de report sur les complémentaires pénalisent les individus les plus modestes et les plus malades. Leur efficacité attendue (dans la maîtrise de la dépense de santé) se traduit par un accroissement substantiel des inégalités. Il faut alors introduire des correctifs en mettant certains patients en marge du régime commun. Cette stratégie d'inspiration libérale est coûteuse et paradoxale. Elle est contraire à l'objectif recherché – baisser les dépenses d'assurance maladie (II.2.1) – et peine également à combattre les inégalités d'accès aux soins (II.2.2).

II.2.1. *Des dépenses nouvelles induites par la segmentation des patients*

Introduire volontairement des barrières financières aux soins (par des tickets modérateurs, copaiements ou des dépassements d'honoraires) conduit à une sous-consommation voire à des renoncements qui peuvent être préjudiciables à la santé. Le dilemme efficacité/équité des politiques de santé s'en est trouvé accentué. Quand les politiques de lutte contre l'aléa moral sont efficaces dans la réduction des dépenses, elles conduisent à des problèmes d'équité dans l'accès aux soins.

Le développement de ces politiques s'accompagne alors de mesures visant à épargner certains assurés sociaux des effets pervers qu'elles ont engendrées. En France, la conception des publics à privilégier a été récemment renouvelée : les plus pauvres avec la Couverture Maladie Universelle Complémentaire⁵ (CMUC) ont rejoint les plus malades en Affection de Longue Durée (ALD). L'un de ces aspects les plus impor-

⁵ Le dispositif de la CMUC permet de fournir une assurance maladie complémentaire gratuite, sous conditions de ressources, à des personnes résidant en France de façon stable. Au 31 décembre 2007, 4,3 millions de personnes en bénéficiaient [Boisguérin B. (2009)]. Le dispositif des affections de longue durée permet de prendre en charge des patients atteints d'une pathologie chronique. Une liste de trente pathologies donne droit à une exonération du ticket modérateur. Au 31 décembre 2006, 7,7 millions de personnes en bénéficiaient [Païta M., Weill A. (2007)].

tants la réforme de l'assurance maladie est ainsi d'organiser une segmentation des patients selon leur contribution au financement de leurs dépenses de santé. Certains malades sont davantage mis à contribution alors que d'autres en sont dispensés par la politique publique. Cette solidarité ciblée est importante, ne serait-ce que par les moyens financiers engagés pour le remboursement intégral des frais médicaux des douze millions de personnes concernées, dans un contexte de réduction des dépenses.

La réforme intensifie les politiques de ticket modérateur tout en augmentant le nombre de personnes qui en sont exonérées. Ce double mouvement trace une ligne de partage des risques entre la libre prévoyance et la solidarité collective. L'importance de ce ciblage s'observe par le nombre de personnes concernées, le volume de dépenses d'assurance maladie engagées, mais aussi par le différentiel de croissance (les dépenses liées aux exonérations de ticket modérateur croissent plus vite que celles avec ticket modérateur). Il explique aussi pourquoi la désocialisation de l'assurance maladie est partout sauf dans les statistiques : si la dépense de santé privée ou privatisée s'accroît, la dépense socialisée n'est pas forcément en recul⁶. Cependant, la désocialisation est bien réelle pour le patient particulier qui n'est pas pris en charge à 100 %.

L'élargissement de l'espace d'exonération du ticket modérateur est un retour inattendu de son intensification. Les dépenses nouvelles sont alors la conséquence de la recherche d'économies de cette politique de la demande : tout accroissement de l'espace du payant suscite une nouvelle gratuité. Le transfert de la dépense à la libre prévoyance conduit à un renforcement de la prise en charge publique. Ce mouvement de *feed back* est une manifestation de l'exigence éthique qui caractérise les dépenses de santé. Les correctifs du type CMUC apportés aux politiques de la demande sont associés à un fonctionnement « juste » ou

⁶ De 1995 à 2008, le financement de la dépense de santé s'est légèrement modifié. La part de la Sécurité Sociale a évolué négativement passant de 77,1 % à 75,5 %. Dans le même temps, la part des organismes complémentaires d'assurance maladie a légèrement augmenté de 12,2 % à 13,7 %. Le mouvement le plus significatif de cet accroissement de la part privée reste l'augmentation du reste à charge qui est passé de 8,3 % en 2004 à 9,4 % en 2008 (niveau légèrement inférieur à celui de 1995 : 9,6 %) et 9,2 % en 2009. Cette évolution s'explique par la mise en place de mesures restrictives : participation forfaitaire en 2005, majorations du ticket modérateur en 2006 et 2007 et instauration des franchises en 2008 [Fenina A., Le Garrec M.-A., Duée M. (2009) ; Fenina A., Le Garrec M.-A., Koubi M. (2010)].

« acceptable » du système de santé. Cette quête de légitimité de la politique publique a une résonance particulière en matière de santé du fait de la nature très particulière du bien qui conditionne tout le reste et apparaît essentiel.

Parce que les problèmes de justice (ou d'injustice), de « valeurs » ou d'éthique s'expriment avec une acuité particulière quand ils touchent la délivrance et la distribution des soins, les politiques de la demande en santé se doivent de limiter les barrières financières à l'accès aux soins. Quand, au nom de la réduction des budgets publics, les dispositifs mis en œuvre présentent un risque de renoncement aux soins, ils fragilisent le contrat social dont est dépositaire le système de santé. Sauf à changer de système politique et de refonder le contrat social, cette obligation éthique exige des dépenses nouvelles.

Il apparaît difficile, dans ce contexte, de chercher une efficacité dans les politiques de partage des coûts avec le patient. Il reste alors à s'interroger sur la capacité de cette segmentation à combattre les inégalités d'accès aux soins.

II.2.2. La remise en cause de l'équité d'accès aux soins

Cette politique de ciblage révèle un déplacement libéral de l'assurance maladie en France. Les individus sont éligibles à l'issue d'une procédure administrative (l'examen des ressources ou de la détérioration de l'état de santé) qui remplace le caractère automatique d'une prestation qui serait véritablement universelle [Batifoulier P. (2008), p. 181-193 ; Castel R. (2008), p. 101-118 ; Merrien F.-X., Parchet R., Kernen A. (2005)]. Les prestations sélectives accordées par un État social interventionniste, de façon à lutter contre la pauvreté, sont aussi l'une des caractéristiques d'un régime libéral de protection sociale.

Le dualisme orchestré par l'État social reste le produit de la représentation du patient inspirée du référentiel marchand. La norme reste le ticket modérateur et l'exemption en constitue l'exception. La trajectoire poursuivie par la réforme est assise sur un libéralisme social mettant l'accent sur le choix et la liberté individuelle. Le ciblage et la protection publique doivent être restreints aux espaces où la responsabilité individuelle ne peut pas s'exprimer. Dans les autres cas, l'individualisation de la protection maladie est menée au nom d'une conception *welfariste* qui place au premier plan les préférences individuelles. Elle argue que seuls les individus savent ce qui est bon pour eux. Le besoin de protection ne peut alors être que subjectif et fondé sur la valeur que

les individus accordent à leur santé, que peut refléter leur consentement à payer.

Dans ces conditions, le fondement normatif ordinaire de la politique de la demande en santé reste celle du patient rationnel. Le déplacement libéral de l'assurance maladie est alors en phase avec le libéralisme social qui anime la représentation du patient et qui encourage les individus à se tourner vers le marché de l'assurance complémentaire. Cette évolution conduit à des effets pervers quand les inégalités, que l'on cherche à réduire, s'accroissent.

Les effets de seuils sont symptomatiques de ces politiques. Ils s'expriment avec plus de violence dans la mesure où les patients à la marge sont victimes de l'intensification des politiques de lutte contre l'aléa moral. Ainsi, la définition de la pauvreté par le seuil CMUC est partielle et partielle. Elle oublie des individus dont les ressources se situent au niveau de certains *minima* sociaux et en dessous du seuil de pauvreté monétaire, qui doivent assumer des frais de santé en croissance alors que leur état de santé ne diffère pas fondamentalement de celui des bénéficiaires de la CMUC. Les correctifs sont non seulement insuffisants⁷, mais ne suppriment pas les effets de seuil qui apparaissent ainsi sans fin.

Le bouclier contre les restes à charge est quant à lui très imparfait car il est impossible de trouver un seuil à partir duquel un patient est déclaré responsable. Les segments n'étant pas étanches, le ciblage conduit à faire basculer des assurés dans une responsabilisation qu'ils ne peuvent pas assumer. Il introduit une précarité sanitaire. En jetant un discrédit social et la suspicion sur les populations concernées et en produisant des externalités négatives, la stigmatisation est une autre caractéristique souvent mentionnée des politiques de ciblage. Une séparation plus nette entre les populations qui bénéficient de l'assurance et celle qui vit de l'assistance exacerbe cette stigmatisation. La segmentation des patients conduit à comprendre la solidarité comme une action minimaliste. Dans ces conditions, la politique publique accélère l'internalisation de stéréotypes négatifs. Le *stigma* s'accroît

⁷ L'aide de l'État à l'acquisition d'une complémentaire (rebaptisé chèque santé) ne résout pas ce problème récurrent car elle ne permet d'acquérir qu'une complémentaire « bas de gamme » et crée de nouveaux seuils. Si le revenu est inférieur au seuil CMU + 15 %, puis + 20 %, son montant est de 100 € pour les moins de 25 ans, 200 € de 25 à 49 ans, 350 € de 50 à 59 ans et 500 € au-delà.

dans une atmosphère de combat contre l'aléa moral et d'activation du patient responsable [Stuber J., Schlesinger M. (2006), P. 933-945]. Il s'en suit une modification de la perception du besoin de soins pouvant déboucher sur un moindre recours.

Les contraintes administratives sont particulièrement tangibles pour les publics ciblés. Les patients en ALD sont soumis aux ordonnances bizonales ou à l'obligation de suivi d'un protocole de soins. Comme les bénéficiaires de la CMUC, ils doivent respecter le parcours de soins sous peine de perdre l'avantage de l'exonération du ticket modérateur. Les autres patients ne sont pas soumis à de telles contraintes. En particulier, ils ne sont pas tenus de respecter le parcours de soins s'ils sont prêts à assumer les *malus*. Les règles incitatives sont ainsi le privilège des patients moyens alors que les règles ne sont coercitives que pour les patients les plus fragiles. En matière de politique de santé comme dans d'autres domaines, l'obéissance à la règle est un trait caractéristique des dominés [Boltanski L. (2009)].

Le durcissement de la contrainte pour les uns dans un contexte incitatif pour les autres est source de stigmatisation. Cette différenciation dans le suivi de la règle peut conduire, dans certains cas, à renoncer au droit à l'exonération du ticket modérateur. L'effet de désignation des plus pauvres, associé à l'hostilité de certains médecins, peut être l'une des causes d'un non-recours important à la CMUC [Legal A. (2007), p. 217-232]. L'objectif d'équité prôné par la politique publique débouche alors paradoxalement sur un moindre accès effectif observable dans les phénomènes de refus de soins. Si l'évolution de la politique publique de ciblage montre que l'on ne peut plus faire abstraction des critères socioéconomiques du patient dans la couverture maladie, rien ne garantit *a priori* que les médecins aient la même représentation des patients à privilégier. L'existence de ce défaut de représentation rend vulnérable la politique publique, quand elle cherche à résoudre des problèmes d'accès aux soins.

La nouvelle architecture du système de santé souffre d'un déficit de légitimité. Les phénomènes de stigmatisation, de non recours, de refus de soins, sont des témoignages de la sensibilité de l'effectivité des règles à leur légitimité [Bessis F. (2008), p. 27-56]. Quand un système de règles est perçu comme légitime par les acteurs, ceux-ci ont tendance à agir conformément à l'idée qu'ils se font d'un fonctionnement adéquat du système de santé. À l'inverse, quand les règles ne sont pas considérées comme légitimes, les acteurs cherchent à contourner les règles qui perdent ainsi de leur effectivité.

CONCLUSION

La construction de la notion de performance du système de santé impose une baisse des budgets publics pour une qualité des soins qui n'en souffrirait pas. C'est pourquoi, en France, le référentiel marchand de politique publique impose une réduction de la dépense socialisée. Une façon *a priori* très simple d'y accéder est de transférer la dépense au patient qui la refinancera auprès de son organisme complémentaire. Ce transfert de charge vers le patient ou sa complémentaire réduit les prélèvements obligatoires publics, mais augmente substantiellement la contribution demandée au patient. En rendant dépendant le niveau de couverture du patient à son revenu, il accroît les inégalités et conduit à des renoncements aux soins.

Réduire la dépense socialisée de santé ne peut donc être un objectif brut de la politique économique. Le transfert des frais vers le patient ou sa complémentaire ne peut pas s'effectuer à l'aveugle. Il doit être mesuré et modulé. Le resserrement de la contrainte budgétaire doit aussi composer avec les dommages que peut entraîner la réalisation de cet objectif. La politique de santé doit ainsi affronter un dilemme : réduire les dépenses sans pour autant sacrifier la lutte contre les inégalités dans l'accès aux soins. La prise en considération de ce dilemme s'est concrétisée dans la volonté de faire la chasse à une consommation jugée inutile ou injustifiée tout en cherchant à améliorer l'accès aux soins. La politique économique de santé doit donc identifier des priorités et recenser les maladies ou les malades, les types de soins ou de prescriptions qui doivent être prises en charge par la solidarité collective. L'identification de ce « panier » vise, du même coup, à définir ce qui doit être laissé à la responsabilité individuelle et au financement privé.

Cette nouvelle conception de la prise en charge du risque maladie repose davantage sur une restructuration de l'intervention de l'État que sur son effacement volontaire. Elle s'appuie en effet sur un engagement qualitatif de l'État plus que sur son désengagement quantitatif. Elle appelle donc des dépenses nouvelles qui visent à lutter contre les dommages collatéraux induits par une conception du patient qu'il faut inciter à la vertu par des mécanismes de malus bien choisis.

La CMUC, venant compléter le dispositif ALD peut se lire en ces termes. Si elle constitue un progrès social, elle porte aussi une vision libérale de la protection maladie qui renforce le libéralisme social qui anime les politiques de santé. Quand les patients les plus vulnérables

sont protégés, les autres peuvent être mis davantage à contribution. Cette politique de ciblage est source de nombreuses inégalités qui s'exacerbent dans un contexte de segmentation des patients.

Quand de nouvelles dépenses se conjuguent avec de nouvelles inégalités, la régulation du système de santé peut être qualifiée de déficiente au regard même des objectifs qui sont affichés. Cette crise de régulation peut être lue comme une crise de la représentation orthodoxe d'un « bon » système de santé. En matière de santé comme dans d'autres domaines, les anciennes idées à la mode et les conceptions dominantes de la façon de faire « monde commun » semblent avoir atteint leurs limites.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ABALLEA P., BARTOLI F., ESCLOUS L., YENI I. [2007], *Les dépassements d'honoraires médicaux*, IGAS, Paris.
- ABECASSIS P., COUTINET N. [2009], « Le colloque singulier sur ordonnance des firmes pharmaceutiques », *Journal d'économie médicale*, volume 27, n° 3, p. 146-164.
- ARNOULD M.-L., RATTIER M.-O., RAYNAUD D. [2006], « Les contrats d'assurance maladie complémentaire, une typologie en 2003 », *Études et résultats*, n° 490.
- ARNOULD M.-L., VIDAL G. [2008], « Typologie des contrats les plus souscrits auprès de complémentaires santé en 2006 », *Études et résultats*, n° 663.
- ARROW K.-J. [1963], « Uncertainty and the welfare economics of medical care », *American economic review*, volume 53, n° 5, p. 941-973.
- BARBIER J.-C., THERET B. [2004], *Le nouveau système français de protection sociale*, Éditions de la Découverte, Paris.
- BARDEY D., COUFFINHAL A., GRIGNON M. [2003], « Efficacité et risque moral ex post en assurance maladie », *Revue française d'économie*, volume 18, n° 2, p. 165-197.
- BATIFOULIER P. [2008], « Renouveau de la politique de ciblage en santé. De nouveaux droits sociaux ? », in Domin J.-P., Maric M., Delabruyere S., Hedoin C. (Éds), *Au-delà des droits économiques et des droits politiques, les droits sociaux ?*, Éditions de l'Harmattan, Paris, p. 181-193.
- BATIFOULIER P., DOMIN J.-P., GADREAU M. [2007], « La gouvernance de l'assurance maladie au risque d'un État social marchand », *Économie appliquée*, volume 60, n° 1, p. 101-126.
- BATIFOULIER P., DOMIN J.-P., GADREAU M. [2008], « Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française », *Revue française de socio-économie*, n° 1, p. 27-46.
- BATIFOULIER P., EYMARD-DUVERNAY F., FAVERAU O. [2007], « État social et assurance maladie. Une approche par l'économie des conventions », *Économie appliquée*, volume 60, n° 1, p. 203-229.
- BATIFOULIER P., GADREAU M., LIEVAUT J. [2009], « La décision tarifaire : des actes gratuits aux actes chers. Les effets pervers de la politique publique de santé. », *Journal d'économie médicale*, volume 27, n° 4, p. 222-233.

- BESSIS F. [2008], « La théorie de la réflexivité limitée. Une contribution au débat sur l'action entre l'Économie des Conventions et la Théorie de la Régulation », *Cahiers d'Économie Politique*, n° 54, p. 27-56.
- BLANPAIN N., PAN KE SHON J.-L. [1997], « L'assurance complémentaire maladie : une diffusion encore inégale », *INSEE Première*, n° 523.
- BOISGUÉRIN B. [2009], « Quelles caractéristiques sociales et quel recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMUC en 2006 », *Études et résultats*, n° 675.
- BOLTANSKI L. [2009], *De la critique. Précis de sociologie de l'émancipation*, Gallimard, Paris.
- CALLON M. [1998], « Introduction : the embeddedness of economic market in economics », in Callon M. (Éd) *The laws of the market*, Blackwell Publishers, Oxford, p. 9-46.
- CASTEL R. [2008], « Qu'est-ce qu'être protégé ? La dimension socio-anthropologique de la protection sociale », in Guillemard A.-M. (Éd) *Où va la protection sociale ?*, Puf, Paris, p. 101-118.
- DEL SOL M., TURQUET P. [2005], « Les organismes complémentaires d'assurance maladie et la gestion et la gestion du risque maladie à l'aune de la réforme du 13 août 2004 », *Revue de droit sanitaire et social*, volume 41, n° 2, p. 308-323.
- DEMANGE G., GEOFFARD P.-Y. [2004], « À quoi peut servir la concurrence en assurance santé ? », *Revue d'économie politique*, volume 114, n° 5, p. 595-609.
- DOMIN J.-P. [2006], « Du droit à la santé au risque sanitaire : une rupture paradigmatique ? », *Économie appliquée*, volume 59, n° 2, p. 111-136.
- DOMIN J.-P. [2006], « La démocratie sanitaire participe-t-elle à la construction d'un consommateur de soins ? », *Journal d'économie médicale*, volume 24, n° 7-8 p. 427-438.
- FENINA A., LE GARREC M.-A., DUEE M. [2009], « Les Comptes nationaux de la santé en 2008 », *Études et résultats*, n° 701.
- FENINA A., LE GARREC M.-A., KOUBI M. [2010], « Les comptes nationaux de la santé en 2009 », *Études et résultats*, n° 736.
- FRANC C. [2005], « Les nouvelles frontières de la santé. Quelles perspectives pour l'assurance maladie complémentaire ? », *Sève*, n° 6, p. 43-48.
- FRANCESCONI C., PERRONNIN M., ROCHEREAU T. [2006], « La complémentaire maladie d'entreprise : niveaux de garanties des contrats selon les catégories de salariés et le secteur d'activité », *Questions d'économie de la santé*, n° 112.
- GARNERO M., RATTIER M.-O. [2009], « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2007 », *Études et résultats*, n° 698.
- GINON A.-S. [2005], « Le médecin traitant, révélateur des nouvelles fonctions de la protection sociale complémentaire », *Revue de droit sanitaire et social*, volume 51, n° 6, p. 907-918.
- GUILLAUME S., ROCHEREAU T. [2010], « La protection sociale complémentaire collective : des situations diverses selon les entreprises », *Questions d'économie de la santé*, n° 155.
- JOBERT B., THERET B. [1994], « La consécration républicaine du néo-libéralisme », in Jobert B. (Éd) *Le tournant néo-libéral en Europe*, Éditions L'Harmattan, Paris, p. 21-85.
- KAMBIA-CHOPIN B., PERRONNIN M., ROCHEREAU T. [2008], « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire », *Questions d'économie de la santé*, n° 132.

- LEGAL A. [2007], « La CMUC instrument efficace de lutte contre les inégalités d'accès à la santé ? », in Batifoulier P., Ghirardello A., Larquier (DE) G., Remillon D. (Éds), *Approche institutionnalistes des inégalités en économie sociale*, Éditions L'Harmattan, Paris, p. 217-232.
- LOONES A. [2008], *L'opinion des salariés et des employeurs sur la complémentaire santé et son évolution dans le cadre des réformes de l'assurance maladie*, CREDOC, Paris.
- MARICAL F., SAINT-POL (DE) T. [2007], « La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités », *INSEE Première*, n° 1142.
- MARTIN-HOUSSART G., RATTIER M.-O., RAYNAUD D. [2005], « Les contrats offerts en 2002 par les organismes d'assurance maladie complémentaire », *Études et résultats*, n° 402.
- MERRIEN F.-X., PARCHET R., KERNEN A. [2005], *L'État social. Une perspective internationale*, Armand Colin, Paris.
- MOSSE P., PIERRU F. [2002], « Entre savoirs économiques et décisions politiques : les restructurations hospitalières », in Bejean S., Peyron C. (Éds), *Santé, règles et rationalités*, Economica, Paris, p. 235-268.
- MULLER P. [2000], « L'analyse cognitive des politiques publiques : vers une sociologie politique de l'action publique », *Revue française de science politique*, volume 50, n° 2, p. 189-207.
- PAÏTA M., WEILL A. [2007], « Les bénéficiaires d'affection de longue durée au 31 décembre 2006 », *Points de repère*, n° 9.
- PALIER B. [2008], « De la demande à l'offre, les réformes de la protection sociale en France », in Guillemard A.-M. (Éd) *Où va la protection sociale*, Puf, Paris, p. 119-138.
- PIERRU F. [2007], *Hippocrate malade de ses réformes*, Éditions du Croquant, Bellecombe-en-Bauges.
- SALIBA S., VENTELOU B. [2007], « Complementary health insurance in France. Who pays ? Why ? Who will suffer from public disengagement », *Health policy*, volume 81, n° 2-3, p. 166-182.
- SALTMAN R. [2002], « Regulating incentives : the past and present role of the state in health care systems », *Social Science and Medicine*, volume 54, n° 11, p. 1677-1694.
- STUBER J., SCHLESINGER M. [2006], « Source of stigma for means-tested government programs », *Social science and medicine*, volume 63, n° 4, p. 933-945.
- VALLAT B. [2001], *Histoire de la Sécurité sociale (1945-1967). L'État, l'institution et la santé*, Economica, Paris.
- WYNAND P., VAN DE VEN W. [1996], « Market-oriented health care reforms : trends and future options », *Social Science and Medicine*, volume 43, n° 5, p. 655-666.