



Protection et marché du risque santé en temps de pandémie

Philippe Batifoulier, Marion del Sol

► To cite this version:

Philippe Batifoulier, Marion del Sol. Protection et marché du risque santé en temps de pandémie. Plus d'assurance santé pour moins de protection? Le patient face au marché (dir. P. Batifoulier et M. Del Sol), , p.13-21, 2022, Collection Amplitude du droit, 978-2-9581843-1-5. hal-03620987

HAL Id: hal-03620987

<https://hal.science/hal-03620987>

Submitted on 30 Mar 2022

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 Attribution 4.0 International License

Chapitre introductif. Protection et marché du risque santé en temps de pandémie

Philippe BATIFOULIER

Université Sorbonne Paris Nord, Centre de recherche en économie et gestion de Paris Nord
(CEPN – UMR CNRS 7234)

Marion DEL SOL

Univ Rennes, CNRS,
IODE (Institut de l'Ouest : Droit et Europe) – UMR 6262

Et surtout la santé ! Cette formule souvent échangée lors des vœux de début d'année est aussi systématique qu'elle est raillée. On n'a de cesse également de se moquer de l'aphorisme « la santé n'a pas de prix » pour aussitôt mettre en avant qu'elle a un coût. S'il est courant de dénigrer les expressions populaires, elles synthétisent pourtant un constat élémentaire : sans la santé, il est difficile, voire impossible, de travailler, d'étudier, de s'insérer ou de participer à la vie sociale et démocratique.

La pandémie a rappelé cruellement la primordialité de la santé. Il n'est pas possible de consommer et de produire quand sa santé est en péril. Dans cette primordialité de la santé, il y a bien plus que du calcul économique. Il est vain de vouloir arbitrer entre l'économie et la santé pour savoir où positionner le curseur entre un peu moins de santé et un peu plus de PIB (produit intérieur brut) ou l'inverse. Les vies ne sont pas des prix et, si le coût importe, c'est celui de la protection de la santé. Sans cette protection, l'activité économique est vulnérable. S'il avait fallu s'en remettre au calcul économique, la Sécurité sociale de 1945 en France n'aurait jamais vu le jour dans un pays ruiné par la guerre. C'est l'impératif de santé qui a déclenché le financement de l'accès aux soins et permis à la population de bénéficier des découvertes médicales (comme la pénicilline).

Cet accès aux soins a besoin d'institutions pour le garantir. C'est dans cette perspective que les systèmes d'assurance santé se sont développés dans le monde. L'assurance santé ne fait pas que garantir un paiement quand le risque santé se réalise. Elle permet aux malades d'accéder aux soins sans pour autant qu'il leur en coûte au-delà de ce qu'ils peuvent dépenser. L'assurance santé transfère du revenu vers les malades sans lequel il serait impossible pour eux d'être soignés.

On comprend alors pourquoi sont plébiscités les systèmes d'assurance santé qui protègent la population en neutralisant les effets de la richesse et de la naissance. C'est l'ambition des régimes publics de santé. Mais posséder une assurance santé privée est aussi un moyen de sécuriser l'existence. Ainsi, en France, avoir une « bonne mutuelle » est une préoccupation majeure pour la population et considéré comme une dépense contrainte, dont on peut difficilement se passer.

Or, certains patients n'ont toujours pas de mutuelle en dépit des politiques publiques qui visent à la généraliser à l'ensemble de la population française. Si la majorité de la population paie une mutuelle, tout le monde n'a pas la même et certaines sont plus couvrantes que d'autres, en particulier pour l'optique, le dentaire, l'auditif ou encore pour les dépassements d'honoraires ou les frais d'hospitalisation.

Alors que la possession d'une mutuelle ou plus précisément d'une assurance santé privée s'est généralisée avec le temps, certains patients doivent payer des frais élevés, et la maladie est devenue aussi une épreuve financière, particulièrement pour les plus modestes. Les renoncements et retards de soins pour raisons financières sont importants et on sait aujourd'hui qu'il existe des « restes à charge catastrophiques » à l'hôpital. Il faut parfois s'endetter pour payer des soins ou des dépassements d'honoraires (Batifoulier, Da Silva et Domin, 2018).

Le chiffre d'affaires des assurances santé privées n'a jamais été aussi élevé et a augmenté de 118 % en quinze ans (37 milliards d'euros en 2017 contre 17 en 2001) alors que, dans le même temps, l'évolution des dépenses de la branche maladie de la Sécurité sociale (régimes obligatoires de base) a augmenté de 73 % entre 2001 et 2017. Le marché de l'assurance santé pèse près de 40 milliards d'euros, beaucoup plus que d'autres secteurs d'activité, et il semble promis à un bel avenir.

La santé du marché ne reflète cependant pas la santé de la population. Le développement du marché de l'assurance s'est accompagné d'un défaut de protection sans que le lien entre ces deux mouvements n'ait fait l'objet d'un éclairage précis.

C'est l'objectif de cet ouvrage d'interroger le développement du marché de l'assurance santé au regard de la protection dont bénéficient les individus quand ils doivent acquitter les frais de santé. Plus d'assurance santé ne conduit pas forcément à davantage de protection. Au contraire, dans certains cas, quand le marché de l'assurance santé s'est développé, la protection s'est détériorée.

La place et les effets de ce marché sont d'autant plus difficiles à saisir qu'il est l'objet d'une grande transformation (1) dans un contexte où la crise sanitaire a obligé à s'interroger sur le pouvoir protecteur de l'assurance santé pour limiter l'épreuve financière de la maladie (2). On termine ce chapitre introductif en présentant l'originalité de l'ouvrage et son contenu (3).

1. Le marché du risque santé et ses évolutions

La santé est un domaine d'importance majeure pour les individus du fait de son rôle primordial sur le bien-être. Les conditions d'accès de la population aux soins s'avèrent donc essentielles. En France, le choix n'a pas été fait d'instituer un service national de santé à l'instar du National Health Service (NHS) britannique qui délivre gratuitement les soins. On sait aussi que le système français est différent du système américain où la question d'une couverture universelle est toujours en débat. La France a opté pour un système d'assurances sociales (en l'occurrence, la branche « assurance maladie » de la Sécurité sociale) qui solvabilise la demande de soins en organisant le remboursement au bénéfice de l'assuré. Ce système d'assurance maladie relève de la Sécurité sociale. Il est appelé assurance maladie obligatoire (AMO) ; il ne couvre toutefois que

partiellement les frais de santé et les individus doivent assumer des restes à charge. Ce mode d'organisation a dès son origine ouvert un champ à la couverture complémentaire (volontaire) dont l'intervention a fait l'objet d'une importante réglementation étatique. L'assurance maladie complémentaire (AMC) participe activement en France au financement des frais de santé.

Les politiques néolibérales et la gestion du déficit de l'AMO ont conduit à des politiques de déremboursement. Les restes à charge s'alourdissent et les inégalités se creusent au regard de la possibilité des individus d'accéder à la complémentaire santé. On observe des phénomènes de renoncement aux soins. Le législateur a bâti une première réponse avec la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), instaurée en 2000 au profit des personnes à très faibles ressources. D'autres dispositifs ont ensuite été institués pour faciliter l'accès aux soins des personnes les plus vulnérables. Pour les autres, la démarche demeure en principe volontaire : couverture individuelle directement acquise sur le marché de la complémentaire santé ou bien couverture collective procurée par l'intermédiaire de l'entreprise (Kerleau, 2012). Une loi a cependant modifié la donne en 2013, obligeant les entreprises à fournir une couverture complémentaire à leurs salariés. Elle consacre en quelque sorte un « droit à la complémentaire » et institutionnalise à un degré supérieur le rôle de l'AMC, notamment des couvertures dites collectives (Del Sol, 2014). Les contrats collectifs d'assurance santé sont gérés par les organismes complémentaires pour le compte des entreprises. Il s'agit là d'un tournant historique en matière de gouvernance du risque santé. Les contrats collectifs qui existaient avant la loi sont amenés à prendre une importance plus grande que les contrats individuels souscrits directement par les individus.

Le système français présente donc désormais une configuration singulière : la législation tente d'articuler deux sphères de nature différente – l'AMO et l'AMC – dans un objectif général d'accès aux soins (Bras et Tabuteau, 2012). Cette articulation est difficile car AMO et AMC sont deux ensembles flous et le vocabulaire traditionnel est devenu inopérant pour saisir les évolutions récentes.

On serait tenté de schématiser la distinction entre les deux assurances maladie en opposant assurance publique (représentée par l'AMO) et assurance privée (définie par l'AMC), comme le font généralement de nombreux commentateurs. Cette distinction permet de différencier les deux assurances maladie selon les valeurs mises en avant. L'assurance publique, à l'image de la Sécurité sociale, affiche une optique de solidarité avec un versement de prestations selon les besoins de chacun et non ses moyens. À l'inverse, l'assurance privée verse des prestations ajustées à la capacité de paiement des assurés. Elle met en avant la valeur de responsabilité individuelle pour éviter les gaspillages qui nuisent à tous.

Si la distinction public/privé a un sens, le vocabulaire juridique alerte cependant sur cette simplification. L'assurance maladie obligatoire désigne en France ce qui relève de la Sécurité sociale qui est un organisme de droit privé. La Sécurité sociale est juridiquement une organisation non étatique comprenant des institutions chargées de missions de service public. Plus précisément, les caisses nationales d'assurance maladie sont des établissements publics à caractère administratif et les caisses locales des organismes de droit privé en charge d'une mission de service public. Le financement peut relever des cotisations sociales (recettes privées) ou des impôts (recettes publiques).

La complexité est renforcée si on tient compte des choix récents de mutualisations. En France, l'assurance maladie complémentaire est obligatoire pour les salariés de droit privé depuis la loi de 2013. La Sécurité sociale n'est donc plus la seule assurance maladie obligatoire. On trouve aussi en Europe des configurations qui brouillent les frontières comme en Allemagne où l'assurance publique n'est pas obligatoire pour les hauts revenus.

Dans le champ de l'AMC, la situation est aussi contrastée. Si le langage courant emploie fréquemment l'expression « mutuelle », les organismes d'assurances santé privés ne relèvent pas tous de l'économie solidaire. L'AMC est en vérité un ensemble hétérogène et complexe : les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) opèrent sur un marché caractérisé par une pluralité d'offreurs de nature juridique différente, dont certains sont des sociétés commerciales (sociétés d'assurance) et d'autres sont à but non lucratif (mutuelles et institutions paritaires gérées par les partenaires sociaux). De plus, en raison de la généralisation de la couverture santé des salariés, les entreprises, les organisations syndicales et patronales sont en principe appelées à jouer un rôle plus déterminant que par le passé en tant que « prescripteurs d'assurance ». On pourrait dès lors considérer que la gouvernance du risque santé est appelée à se modifier du fait du rôle accru des interlocuteurs sociaux (patronat et syndicats).

Ce grand bouleversement sur le marché de l'assurance maladie complémentaire conduit à de nouvelles stratégies de la part des offreurs ainsi qu'à une évolution du cadre juridique (conditions d'accès au marché ; dispositifs catégoriels à raison du statut d'emploi, de l'âge ou encore du niveau de revenu, etc.) [Batifoulier et Ginon, 2019]. S'entremêlent des impératifs d'intérêt général, l'affirmation de valeurs sociétales, notamment portées par la mutualité, et des enjeux financiers considérables car le marché de l'assurance santé privée, très dynamique, connaît de très importants mouvements de concentration, de fusion/acquisition et d'alliances stratégiques, dans le contexte forgé par le droit européen de la concurrence et les directives « assurance ». Ces vastes mouvements de concentration et le développement de l'activité de bancassurance dans le domaine de la santé ont fragilisé l'identité mutualiste au point de considérer le marché de l'assurance privée comme un ensemble de plus en plus uniforme. Le marché est dorénavant celui d'un nombre réduit d'opérateurs, plus ou moins éloignés de la logique mutualiste et qui ont acquis des droits institutionnels : les assureurs privés participent dorénavant à la régulation de la couverture santé dans son ensemble au travers de nouvelles prérogatives juridiques de négociation et de signature tout particulièrement pour négocier le prix des soins pour lesquels la part remboursée par la Sécurité sociale est minoritaire (optique, dentaire et audioprothèse) [Ginon, 2017]. En contrepois, les pouvoirs publics se sont employés à encadrer l'activité commerciale des assureurs pour contrecarrer les pratiques tarifaires excessives ou pour garantir l'accès aux soins pour les plus vulnérables. Au total, les assureurs naviguent entre les incitations à adopter des objectifs sociaux et la volonté de conquérir de nouveaux marchés en proposant aux assurés une couverture « sur mesure » comme l'assurance au comportement, surfant sur la révolution numérique.

Cet ouvrage fait le point sur ce grand chambardement. Dans la mesure où l'assurance santé est une préoccupation fondamentale des patients, ce qui se passe sur le marché de l'assurance santé a un impact sur la santé des patients et sur la Sécurité sanitaire. Pour éclairer ces évolutions et fixer les conventions de vocabulaire de façon à faciliter la lecture dans l'ensemble

de l'ouvrage, le terme « assurance privée » sera pris en opposition à Sécurité sociale ou programmes publics de type Medicare (pour les plus âgés) et Medicaid (pour les plus pauvres) aux États-Unis, ou équivalent dans d'autres pays. L'abréviation OCAM (organismes complémentaires d'assurance maladie) ou le terme « assureurs santé » seront utilisés lorsqu'il n'y a pas de distinction à opérer entre les différentes familles d'assureurs (mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance). Enfin l'appellation AMC (assurance maladie complémentaire) évoquera le champ de l'assurance complémentaire en France.

2. La crise sanitaire : la protection à la recherche de l'assurance

La crise de la covid-19 a conduit à de nombreuses épreuves. Si certains, touchés par le virus, sont restés asymptomatiques, d'autres ont durement éprouvé la maladie dans leur corps et doivent affronter des séquelles persistantes et le traumatisme des jours de réanimation. Beaucoup en sont morts. Les stratégies de confinement et de déconfinement cherchant à proportionner la perte en vies humaines aux dégâts causés par la perte d'activité économique se sont traduites par une explosion du chômage, de la précarité et une dégradation des liens sociaux, etc. Comme la crise de la covid-19 est une crise totale et multidimensionnelle, elle a des répercussions sur l'ensemble de la société. Cette crise confirme la primordiale de la santé. On savait que la maladie est une épreuve qui peut limiter l'activité économique et sociale des individus. On sait aussi que cette épreuve peut stopper la vie économique et sociale des populations.

Pour chacun d'entre nous, la maladie n'est pas uniquement une épreuve physique et mentale. C'est aussi une épreuve financière si les malades doivent acquitter les frais de santé. Une journée en réanimation coûte plusieurs milliers d'euros. Souscrire à une assurance santé permet de lutter contre l'épreuve financière de la maladie pour la rendre inoffensive pécuniairement. L'assurance santé a une fonction de protection des personnes.

S'assurer pour les soins de santé a pour objet de se prémunir contre un risque financier et de pouvoir accéder aux soins sans en payer le prix réel. L'assurance santé vise à ce que les malades ne supportent pas les tracas de problèmes financiers en plus des soucis causés par leur maladie. Si la covid-19 fait peur, la facture ne devrait pas préoccuper. Pourtant, le cas des États-Unis, où l'incapacité à rembourser les frais de santé est la première cause de faillite personnelle, rappelle périodiquement que la maladie peut être une bombe à retardement. Elle va ruiner les individus quand ils n'ont pas d'assurance ou que leur couverture santé est déficiente. Ce n'est pas tant la maladie qui conduit à perdre sa maison parce que l'on sait généralement soigner la pathologie. C'est la dette contractée pour se soigner qui conduit à la rupture. L'assurance santé n'a pas que des effets sur la maladie. Elle impacte l'ensemble de la vie sociale. Être bien assuré de ses frais de santé, c'est pouvoir faire face à des dépenses de santé imprévues et maintenir son niveau de vie, participer à la vie démocratique, accéder au crédit ou faire des projets sans être obligé de conserver son épargne pour tenir bon en cas de coup dur.

Du fait de l'importance des assurances obligatoires publiques, l'Europe est généralement préservée de ce genre de menace. En France, la Sécurité sociale a pour mission de limiter l'épreuve financière. La France est donc immunisée par les effets d'une pandémie qui conduit des milliers de personnes à l'hôpital pour des soins lourds et coûteux. La pandémie aurait indéniablement été beaucoup plus dévastatrice sans la Sécurité sociale.

Pourtant, la presse s'est fait largement écho de reste à charge très important pour les malades de la covid, parlant de « double peine » et de « facture astronomique » à l'hôpital¹. La crise de la covid a révélé que « quelque chose ne tourne pas rond » dans le système d'assurance santé français. Les Français sont assurés mais pour certains pas protégés contre des dépenses de santé que le langage administratif appelait « les restes à charges catastrophiques » avant même la crise sanitaire. En France, la maladie est pour certains malades réellement une épreuve financière et ils doivent payer des frais de santé très élevés.

Cette situation, si elle peut paraître injuste, s'explique aisément. En France, comme on l'a vu, il n'y a pas une assurance santé mais deux types d'assurance santé. La Sécurité sociale d'un côté et les assurances santé dites complémentaires de l'autre (les « mutuelles » dans le langage courant). La réglementation prévoit que, pour l'immense majorité des soins, les deux assurances santé se partagent les remboursements. Pour une consultation chez le médecin généraliste comme pour une journée en réanimation. Comme la Sécurité sociale est attribuée à tous sans distinction (sauf pour les « sans-papiers »), elle participe aux frais de santé sans distinction selon les personnes. Par contre, tout le monde ne dispose pas d'une assurance maladie complémentaire. Pour ceux qui en ont une, le niveau de protection est fonction du type de contrat et de la prime d'assurance payée par le patient. Alors que, dans un cas, la carte Vitale suffit pour supprimer l'épreuve financière, dans l'autre, c'est la carte Bleue qui est sollicitée. Les restes à charge catastrophiques en France sont liés à l'absence d'une mutuelle parce que le patient n'a pas pu se la payer ou à une mutuelle qui ne couvre pas suffisamment les frais.

Parce qu'elle a conduit à des séjours prolongés en réanimation avec des soins lourds et coûteux, la covid-19 a exacerbé et mis en évidence une situation qui préexistait à la crise. La covid-19 ne nous a rien appris sur l'assurance santé et les difficultés à payer leurs frais de santé pour certains patients. Elle a montré de façon spectaculaire à quel point le marché de l'assurance ne protège pas forcément de l'épreuve financière.

La covid-19 est arrivée sur une organisation problématique du financement du soin. C'est pourquoi, pour résister à la pandémie et ne pas ajouter une épreuve financière à l'épreuve mentale et physique de la maladie, les avantages comparatifs entre assurance publique et assurance privée ont été révisés. Le risque santé qui était jusqu'à présent considéré comme endogène à la personne et imputable pour une large part à sa responsabilité individuelle est devenu largement exogène. En d'autres termes, la covid-19 a mis en avant le caractère involontaire de la maladie. Ce qui est vrai pour toutes les maladies l'est plus encore dans les cas de la covid. La

1. Par exemple : <https://www.lesechos.fr/economie-france/social/la-lourde-facture-pour-les-malades-du-coronavirus-a-lhopital-1228650>

distinction entre petit et gros risque a volé en éclats parce que les personnes infectées par la covid peuvent tout aussi bien avoir des symptômes bénins que des complications très graves (sans parler de la convalescence qui semble dans beaucoup de cas très longue). Cette distinction justifiait le partage des financements entre l'assurance privée plus à l'aise sur le petit risque et l'assurance publique nécessaire pour les gros risques. Or, la Covid-19 lève le voile sur le fait qu'il ne peut y avoir ni partage « optimal » des risques ni segmentation des patients et des financements qui prétendrait ne reposer que sur des critères techniques.

La crise a aussi permis de redécouvrir l'existence des inégalités sociales de santé. La prise de risque et l'exposition potentielle à la maladie relèvent des conditions sociales d'existence. À part les soignants, ce sont le plus souvent les plus précaires qui ont été contraints de déjouer le confinement. La covid-19 ne nous a rien appris sur les inégalités de santé. Elle n'a fait que mettre en évidence de façon spectaculaire le rôle des conditions de vie sur la maladie. Si la covid-19 dans sa forme grave touche les plus âgés, ce sont les plus modestes qui sont en première ligne comme le montre le cas exemplaire de la Seine-Saint-Denis : département jeune mais qui a connu l'augmentation la plus grande du nombre de décès entre le 1^{er} mars et le 30 avril 2020 par rapport à la même période en 2019 : + 123 % selon l'INSEE². Les corps portent les stigmates des sociétés inégalitaires. Les plus exposés au virus (les « premiers de corvée ») sont aussi souvent ceux qui sont le moins protégés par les solidarités et la négociation collectives. Ils sont plus exposés parce que plus exploités (Da Silva, 2020). Pour la grande majorité de la planète, c'est la question des inégalités qui modèle les problèmes de santé.

L'assurance santé joue un rôle de premier plan dans la dynamique des inégalités de santé. Dans un monde bien ordonné, les plus malades devraient avoir les meilleures couvertures santé. Ceux dont l'état de santé est le plus détérioré devraient pouvoir bénéficier d'une assurance santé plus couvrante. Or, c'est exactement l'inverse que l'on observe : les maladies frappent le plus souvent et le plus durement les plus modestes, qui ont une espérance de vie plus courte et qui sont aussi les moins couverts par le marché de l'assurance santé, quand ils peuvent y accéder. Ce phénomène est connu sous le terme de « loi de l'accès inversé ». Face à la maladie, une couverture dégradée conduit à des problèmes de santé individuelle mais aussi à des problèmes de santé publique quand l'impossibilité de se soigner, parce que cela coûte trop cher, a des effets externes négatifs. On sait que le renoncement aux soins qui se traduit par un retard de soins peut conduire à des dommages collatéraux allant jusqu'au décès. La crise de la covid-19 a révélé l'ampleur des dégâts que peut provoquer un retard de soins (Sud, Jones, Broggio *et al.*, 2020).

La crise sanitaire a exacerbé cet état des lieux au point de modifier de façon drastique l'articulation entre assurance santé privée et assurance santé publique. En France, le marché de l'assurance a été privé de remboursement quand la Sécurité sociale s'est positionnée comme assurance totale. Pour surmonter l'épreuve financière, les assurances privées ont été évincées quand les frais de santé ont été pris intégralement en charge. Pour tous les patients, les téléconsultations, quel qu'en soit le motif, ont été prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale comme

2. Institut national de la statistique et des études économiques : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4500439>

le supplément de tarif de la consultation médicale pour les malades de la covid-19. Les tests de dépistage (chaque test coûtait 73,59 euros) ont été intégralement remboursés par la Sécurité sociale. Alors que, dans le monde d'avant, on n'avait de cesse que de condamner « l'assistanat », de dénoncer les dispositifs pour les plus pauvres, trop coûteux et gangrenés par la « fraude », de freiner l'accès aux droits par des barrières administratives, on a cette fois donné des droits à couverture santé de façon automatique. En effet, pour les plus modestes, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) et même l'assurance médicale d'État pour les sans-papiers (AME) ont été prolongés de trois mois. Dans le même temps, pour les plus malades en affection de longue durée (ALD), l'exonération du ticket modérateur qui arrivait à échéance a été prolongée.

Même aux États-Unis où la situation est telle que le surendettement est fréquent pour payer les factures de l'hôpital, on a mis en place la gratuité des tests de la covid-19 pour tous les Américains, qu'ils soient couverts ou pas par l'assurance maladie et instauré un congé maladie transitoire pour les PME.

Alors que, dans le monde d'avant, l'arrêt de travail était systématiquement dénigré et faisait l'objet de dispositifs visant à le décourager (comme le délai de carence), il a bénéficié de dispositions favorables en France comme ailleurs. L'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), dans un rapport de juillet 2020, a dressé un inventaire des différentes mesures qui ont été mises en œuvre comme la suppression des délais de carence (France, Estonie, Lettonie, Portugal, Royaume-Uni et Suède). En matière de congé maladie, les pays ont amélioré leurs aides pour les salariés qui en bénéficiaient déjà (France, Irlande, Slovaquie) ou créé une indemnité spéciale (Australie, Espagne), en particulier pour les travailleurs infectés (États-Unis, Corée) ou encore instauré un congé maladie spécial covid-19 (Canada, Nouvelle-Zélande).

La crise de la covid-19 a changé la donne concernant le rôle attribué au marché de l'assurance santé. Le marché a été moins sollicité parce que son modèle d'assurance n'offre pas assez de protection. Il y a pourtant fort à parier que tout redevienne comme avant et reprenne « *business as usual* ». On aurait alors assisté à un court moment d'exception même si on ne peut ignorer que les crises de ce type sont amenées à se reproduire du fait notamment de la destruction massive de la planète pour la recherche d'un profit de court terme (Coriat, 2020). Le marché de l'assurance santé reste donc bien présent. Non seulement les thématiques abordées dans cet ouvrage sont toujours d'actualité mais elles éclairent la reconfiguration du monde à venir.

3. Présentation de l'ouvrage

Cet ouvrage est consacré à l'assurance santé privée qui occupe une place aussi importante que méconnue. Il analyse les évolutions de ce marché en mettant le patient au centre de l'analyse.

L'ouvrage cherche à répondre à la question : qu'est-ce que le marché de l'assurance santé fait au patient ? Le plan de l'ouvrage est conçu pour répondre à l'interrogation « que devient le patient ? », en quoi le patient est-il en train de se transformer du fait des bouleversements du marché de l'assurance santé et des mesures et des divers dispositifs dont il est la cible directe

ou indirecte ? Cette question générale est décomposée en différentes problématiques qui constituent les quatre parties de cet ouvrage : le patient et sa « mutuelle », le patient et son employeur, le patient et ses contrats d'assurance, le patient et ses remboursements.

L'ouvrage mobilise des auteurs de différentes disciplines : droit, économie, histoire, sociologie, sciences politiques qui travaillent ensemble sur ce sujet depuis plus de quatre ans dans le cadre du projet *MaRiSa* (Marché du risque santé) labellisé et financé par l'Agence nationale de la recherche (ANR). Il s'appuie sur des matériaux variés et originaux (perspective historique, textes de loi, accords collectifs, statistiques, entretiens, etc.). Il présente des résultats inédits et intègre les problématiques les plus récentes : généralisation de la complémentaire d'entreprise, réforme de la protection sociale complémentaire dans la fonction publique, réseaux de soins, politique du reste à charge (100 % Santé), développement des inégalités, originalité des mutuelles, concentration du secteur de l'assurance, etc.

L'ouvrage est issu de travaux universitaires mais est rédigé pour être accessible à tous ceux qui s'intéressent à la Sécurité sociale et aux évolutions du marché de l'assurance santé. L'ouvrage forme un tout mais chaque chapitre peut être lu séparément.

Bibliographie

BATIFOULIER P. et GINON A.-S., 2019, « Les marchés de l'assurance maladie complémentaire : logiques économiques et dispositifs juridiques », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 5, p. 789-800

BATIFOULIER P., DA SILVA N. et DOMIN J.-P., 2018, *Économie de la santé*, Paris, Armand Colin

BRAS P.-L. et TABUTEAU D., 2012, *Les assurances maladies*, Paris, PUF, coll. « Que sais-je ? »

CORIAT B., 2020, *La pandémie, l'Anthropocène et le bien commun*, Paris, Les Liens qui libèrent

DA SILVA N., 2020, « Le système de santé malade du covid-19 ou du capital (2/2) ? », *Contretemps*, [<https://www.contretemps.eu/capitalisme-sante-covid-soignants-securite-sociale-hopitaux/>], consulté le 22 juin 2021

DEL SOL M., 2014, « Généralisation de la couverture complémentaire santé des salariés : éléments de controverse », *Droit social*, n° 2, p. 165-173

GINON A.-S., 2017, « Le glissement de l'assurance maladie obligatoire vers les complémentaires :

vers une autre conception des dépenses de santé ? », *Revue de droit sanitaire et social*, hors-série, p. 91-110

KERLEAU M., 2012, « De la couverture maladie universelle aux politiques d'accès à l'assurance maladie complémentaire : diversité des modèles et des protections », *Revue française de socio-économie*, vol. 9, n° 1, p. 171-189

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE (OCDE), 2020, « Paid sick leave to protect income, health and jobs through the COVID-19 crises », [https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=134_134797-9iq8w1fnju&title=Paid-sick-leave-to-protect-income-health-and-jobs-through-the-COVID-19-crisis], consulté le 22 juin 2021

SUD A., JONES M. E., BROGGIO J. ET AL., 2020, « Collateral damage: the impact on cancer outcomes of the COVID-19 pandemic », *Annals of oncology*, vol. 31, n° 8, p. 1065-1074