

## CHAPITRE 3

### DECLINAISON A LA SANTE DES PRINCIPES ASSURANTIELS

L'assurance santé désigne dans le langage courant un contrat au terme duquel une partie (l'assureur) va rembourser les frais encourus par l'autre (l'assuré) auprès de prestataires de soins, pendant une période donnée, moyennant le paiement d'une prime. Ce recours aux soins est essentiellement motivé par la réalisation de "dommages", autrement dit des dégradations de l'état de santé.

La troisième étape de cette première partie consiste naturellement à décliner les principes assurantiels exposés dans le premier chapitre, compte tenu des caractéristiques des biens étudiés dans le second. Le service rendu par les assureurs dans la couverture des risques santé est en effet largement conditionné par la nature du risque considéré et par le fonctionnement du marché des soins.

Nous confronterons systématiquement la théorie et la pratique afin de souligner comment, concrètement, les assureurs mettent en œuvre le service de couverture du risque santé. Cette démarche nous conduira notamment à étudier dans quelle mesure il y a adéquation entre ce service et les attentes des assurés.

Nous nous penchons en premier lieu sur des difficultés que la théorie permet d'anticiper et qui se posent concrètement aux assureurs pour définir le champ de l'assurance santé. Nous soulignerons les raisons pour lesquelles le risque couvert n'est pas tant le fait de subir une dégradation de l'état de santé que celui de devoir financer l'achat de biens et services médicaux (Section 1). Etant donné que l'assureur finance la consommation de soins des personnes couvertes, nous verrons comment il est amené à gérer les comportements stratégiques des assurés et des acteurs du marché des soins (Section 2). Enfin, nous verrons en quoi la nature de l'activité d'assurance et le fait que le service soit tarifé au risque restreint le rôle de l'assurance dans l'ensemble des risques que l'individu peut souhaiter couvrir en santé (Section 3).

## **1. OBJET DE L'ASSURANCE SANTE**

On identifie traditionnellement l'assurance santé (ou l'assurance maladie) à un service public ou privé, acheté par l'individu ou fourni par l'Etat, qui finance totalement ou en partie les consommations de soins. La théorie économique explicite les raisons qui font que l'assurance santé couvre les soins (1.1); elle permet aussi d'identifier les limites ou les simplifications qu'il implique (1.2).

### **1.1 L'assurance santé porte sur les soins**

Le fait que l'assurance santé rembourse les soins peut a priori sembler surprenant : alors que l'individu cherche fondamentalement à se couvrir contre les conséquences d'une dégradation aléatoire de son état de santé, le service que lui rend l'assureur est le remboursement des soins. Alors que la santé n'est pas un bien marchand (ne dit-on pas souvent qu'elle n'a pas de prix), la valeur monétaire que l'assuré doit recevoir au titre de la réparation d'un dommage sur sa santé semble consensuelle. En outre, contrairement à l'assurance "en cas de décès"<sup>1</sup>, qui couvre un dommage constitutif d'une atteinte à l'intégrité de la personne, comme, d'une certaine façon, la maladie, l'assurance santé n'appartient pas au champ de l'assurance vie mais à celui de l'assurance dommage. En fait, l'assuré ne choisit pas, comme en assurance vie, le montant qui lui sera versé s'il subit un dommage contractuellement décrit comme devant donner lieu à indemnisation.

Le raisonnement économique sous-jacent à l'application de la théorie de l'assurance à la santé est en réalité le suivant :

- l'état de santé des individus est soumis à des chocs aléatoires qui constituent des dommages pour les individus ;
- l'utilisation de biens et services médicaux permet de réparer ces dommages.

Dès lors, un individu qui éprouve de l'aversion pour le risque se prémunit contre les conséquences de la survenue de sinistres en santé par la souscription d'un contrat d'assurance au terme duquel l'assureur lui rembourse les dépenses engendrées pour

---

<sup>1</sup> Qui garantit à des personnes, désignées par le souscripteur, le versement d'un capital ou d'une rente s'il décède.

"réparer" ces dommages. Pour l'économiste, la fonction de production que nous avons évoquée précédemment est, une fois de plus, au cœur du raisonnement. On considère que celle-ci est connue et qu'elle a pour facteur unique les soins. Le modèle de Phelps (1973), dont les principales hypothèses ont été présentées dans le chapitre précédent, est un des premiers à intégrer explicitement une telle fonction de production de santé dans un modèle de demande d'assurance. Les individus maximisent leur fonction d'utilité  $U = U(x, H_0 - \lambda + g(h))$  où  $x$  représente la consommation courante et  $h$  les soins. A chaque dégradation aléatoire de l'état de santé  $\lambda$  on associe, en inversant la fonction de production de santé  $g$ , une quantité de soins nécessaire pour rétablir l'état de santé initial. Cette construction théorique reflète l'idée qu'il est possible de définir objectivement le besoin :

*"The concept of need in its positive sense describes an external expert's judgment about the marginal impact of a particular form of care on a particular patient's health status"<sup>2</sup> (Evans, 1983, pp. 78-79).*

La définition proposée par Evans souligne que la reconnaissance du besoin, voire parfois même celle de la maladie, dépendent fortement de l'état de la science et de la technologie médicale, puisque les membres du corps médical (les experts) détiennent l'information qui permet de caractériser une altération de l'état de santé et d'évaluer les moyens qu'il faut mobiliser pour y remédier. Plus précisément, à un moment donné, il est possible d'obtenir un consensus suffisant sur les procédures qu'il faut mettre en œuvre en moyenne pour répondre à un problème de santé précis. Si l'on connaît le prix des biens et services médicaux, la maladie passe du statut de choc sur une variable non marchande à un "dommage monétaire". Si l'on connaît la distribution de probabilité d'apparition de différentes maladies, on peut donc estimer le prix de l'assurance.

Cette application de l'assurance à la santé assimile toute maladie à un choc aléatoire sur un état de santé défini de façon exogène. On ne sait pas mesurer l'équivalent monétaire d'une dégradation de l'état de santé, mais on considère qu'il est possible d'en évaluer le coût de réparation. Les résultats de la théorie de l'assurance que nous avons présentés

---

<sup>2</sup> Le concept de besoin, dans son acception positive décrit le jugement qu'un expert porte sur l'impact marginal d'un certain type de soin sur l'état de santé d'un patient particulier.

précédemment peuvent donc, dans la mesure où l'on fait l'hypothèse que la fonction de production est connue et déterministe, être appliqués au champ de la santé.

## 1.2 Le caractère limitatif de ce principe

Même si elle fait l'objet d'un large consensus, il s'agit là d'une hypothèse simplificatrice. En effet, le risque lié à la santé ne peut être résumé au seul risque financier qu'implique la consommation de soins. La désutilité liée à la maladie peut venir :

- de la douleur (physique ou psychologique) ;
- du fait qu'une perte de santé n'est pas toujours réversible ;
- mais aussi du fait que la consommation et la production des autres biens dépendent de l'état de santé (*state dependent utility*).

*"In general the money equivalent loss (...) of an illness will exceed any consequent [change in] health spending by some amount which allows for pain and suffering, anxiety, lost wage and / or leisure, and a risk premium for uncertainty of outcome<sup>3</sup>" (Evans 1984, pp. 30-31).*

Rares sont les analyses théoriques qui prennent en compte l'impact global de la maladie sur l'utilité de l'individu et qui déterminent sur cette base sa demande d'assurance. Zweifel (1997) étudie le cas particulier dans lequel un individu valorise plus ou moins son revenu disponible (autrement dit sa consommation non médicale) selon son état de santé. Dans son modèle, la fonction d'utilité de l'individu est différente selon qu'il est malade ou non.

Deux situations peuvent se présenter :

- l'individu profite plus de sa consommation lorsqu'il n'est pas malade (loisirs par exemple). Il choisit alors une couverture incomplète (franchise), y compris dans le cas où le prix de l'assurance est actuariel ;

---

<sup>3</sup> En général, l'équivalent monétaire d'une maladie dépasse la variation des dépenses de santé qu'elle implique d'un montant qui prend en compte la douleur et la souffrance, l'anxiété, la perte de salaire et/ou de loisirs et une prime de risque qui compense l'incertitude liée au résultat du traitement.

- le cas inverse illustre une situation dans laquelle l'individu, lorsqu'il est malade, valorise particulièrement des consommations non strictement médicales (services annexes d'aide à domicile par exemple). Il cherchera, dans ce cas, à se sur-assurer, autrement dit, à avoir un revenu disponible plus élevé dans le cas où il tombe malade.

Concrètement, certains impacts induits par la dégradation de l'état de santé peuvent être couverts par des contrats d'assurance mais ceux-ci sont dissociés de l'assurance santé proprement dite :

1. des contrats d'assurance (ou des assurances sociales) permettent aux individus de se prémunir contre la perte de salaire en cas d'incapacité de travail due à une dégradation transitoire ou permanente de l'état de santé ;
2. des garanties dites "des affections redoutées" (Bague-Forst, 1995) garantissent le versement d'un capital à un assuré si une affection grave prévue au contrat est diagnostiquée. Un tel contrat pourrait être assimilé à une compensation forfaitaire de la désutilité liée à la maladie. Il s'apparente, dans les faits, davantage à un contrat d'assurance "en cas de décès" et ce type d'assurance est en général souscrit dans le cadre de l'assurance vie ;

Au delà des justifications théoriques évoquées, on peut trouver des raisons concrètes pour lesquelles l'assureur ne conditionne pas ses obligations contractuelles à l'état de santé de l'individu.

En premier lieu, celui-ci est difficile à mesurer de façon objective et incontestable. Le versement d'une indemnité compensatoire forfaitaire, liée à une variation de l'état de santé, soulèverait des difficultés pour :

- d'une part, établir un contrat en termes juridiques clairs ;
- d'autre part, déterminer si l'état de santé de l'individu s'est dégradé dans des proportions justifiant qu'il reçoive les indemnités prévues au contrat.

Ensuite, si on reste dans l'hypothèse selon laquelle l'assureur rembourse des soins, il pourrait théoriquement proposer une couverture contre certaines maladies. Mais le fait de définir le champ contractuel par rapport à des pathologies soulèverait des difficultés supplémentaires :

- de vérification de l'occurrence du dommage. L'individu peut être tenté de déclarer une maladie couverte pour bénéficier de soins dont il estime avoir besoin pour d'autres raisons. L'assureur devrait donc, au minimum, s'il basait l'assurance sur l'occurrence d'une maladie, mandater un expert pour établir un diagnostic avant de couvrir les soins. Cela reste une procédure complexe, coûteuse, et probablement injuste car le fait de souffrir ou non d'une maladie peut s'avérer difficile à établir scientifiquement ;
- de vérification de la causalité entre l'utilisation de soins et la présence d'une maladie. La consultation d'un médecin qui serait couverte par l'assurance au titre d'une maladie, peut donner lieu à une prestation de services liée à d'autres maladies sans que l'assureur en soit informé. Il serait, par ailleurs, délicat en cas de pluri-pathologie de déterminer les services utilisés au titre de chaque maladie et quand bien même on parviendrait à le faire, on multiplierait à la fois les coûts que supporterait l'individu et très probablement les risques iatrogènes.

On peut noter à titre de contre-exemple que la Sécurité sociale en France prévoit des exonérations de ticket modérateur pour certaines affections et pour les soins relatifs à ces affections. Cependant, il ne s'agit pas d'élaborer des contrats d'assurance autour de ce seul principe. L'enjeu financier étant relativement limité, les contrôles n'ont pas besoin d'être très stricts quant au motif pour lequel la personne consulte un prestataire, dans la mesure où ce dernier est susceptible de traiter la pathologie qui motive l'exonération. Ces exonérations ont cependant été vivement critiquées au motif qu'elle pouvaient faciliter une collusion tacite des médecins et de leur patients au détriment du tiers payeur.

De fait, l'assurance portant sur des biens et services médicaux, son champ est en général limité par référence à des types de soins, comme par exemple l'hospitalisation. Il est vrai qu'exclure certains types de prestations revient à ne pas couvrir certains risques (ce serait par exemple le cas si on excluait l'ensemble des soins prodigués par des dentistes) mais la convergence est beaucoup plus difficile à établir pour la majorité des soins. En

définitive, la principale raison pour laquelle "l'assurance santé" porte sur les soins est que des problèmes d'information empêchent que les dommages puissent être définis en référence à l'état de santé (Blomqvist, 1997).

## **2. PRISE EN COMPTE DES COMPORTEMENTS STRATEGIQUES PAR L'ASSUREUR**

L'assureur, dans la mesure où il finance les soins dont il est difficile de contrôler la nécessité, la pertinence et la qualité, est amené à prendre en compte et à juguler les comportements stratégiques de ces différents acteurs.

Le risque moral, qui empêche l'allocation optimale des ressources, est l'objet de nombreuses attentions en santé, car il touche l'assurance privée comme l'assurance publique dans un contexte où la maîtrise des dépenses est un enjeu majeur. Les assureurs sont-ils en mesure de gérer le risque moral (2.1) ? Plus encore, ont-ils les moyens de contrôler les imperfections du marché des soins sur lequel ils n'interviennent qu'en qualité de tiers-payeur (2.2) ? Cette seconde question renvoie notamment à l'idée que les patients assurés sont en position d'infériorité sur le marché des soins et qu'ils ne sont pas toujours en mesure de déterminer la qualité, la nécessité et l'adéquation des traitements qui leur sont proposés.

### **2.1 Le risque moral**

Si l'on applique directement aux soins la notion de risque moral telle qu'elle est présentée dans la théorie de l'assurance, on doit tout d'abord faire l'hypothèse que les risques liés à la santé sont partiellement endogènes. Les individus, en faisant un effort plus ou moins grand, peuvent réduire, soit la probabilité de réalisation du dommage, soit son montant. Cet effort est coûteux pour l'assuré et n'est pas observable par l'assureur. Celui-ci doit donc mettre en place des mécanismes d'incitation pour que l'assuré, qui se sait protégé en cas de dommage par son assurance, continue néanmoins à faire des efforts pour diminuer la valeur attendue de son dommage.

### **2.1.1 Assurance et prévention : le risque moral ex ante**

L'application directe du concept de risque moral à la santé se traduit en premier lieu par l'idée que la personne couverte par une assurance va adopter des comportements plus risqués et/ou va affecter moins de ressources à la prévention. Zweifel et Breyer (1997) proposent un modèle dans lequel l'individu peut influencer la probabilité de dommage en faisant un effort, dont l'impact sur la probabilité est positif mais décroissant. Cet effort peut être assimilé à de la prévention primaire. Les deux auteurs prolongent les résultats d'Ehrlich et Becker. Ils comparent une situation où l'effort de l'assuré est observable par l'assureur et où il ne l'est pas. Le modèle prend en compte l'existence possible d'un taux de chargement proportionnel à la prime.

1. Si l'effort est observable par l'assureur, la prime est fondée sur la probabilité de dommage en fonction du niveau d'effort choisi par l'individu. On retrouve les résultats présentés dans le premier chapitre : assurance complète si le taux de chargement est nul, franchise s'il est positif jusqu'à une certaine limite au delà de laquelle l'assurance n'est plus demandée parce que son prix est prohibitif. Le "risque moral" donc est neutralisé.
2. Quand l'effort n'est pas observable par l'assureur, l'assuré ne peut bénéficier de son effort de prévention par le biais d'une diminution du prix de l'assurance. La prime d'assurance est donc liée au niveau d'indemnisation en cas de dommage et non à son effort. Lorsque le taux de chargement nul, le modèle montre que :
  - du côté de l'assuré, si l'assurance est complète, la prévention est nulle, si l'assurance décroît, la prévention tend à augmenter ;
  - comme l'assureur connaît la fonction de réaction de l'assuré, il va proposer un prix unitaire d'assurance plus élevé quand la couverture augmente (la prime augmente plus que proportionnellement à l'indemnité).

L'utilité de l'individu est finalement plus élevée dans le cas où l'effort est observable : lorsque les frais de gestion sont nuls, il obtient l'assurance complète, ce qui n'est pas le cas quand l'effort n'est pas observable.

De "l'auto-protection" que nous avons évoquée dans le premier chapitre, on passe au risque moral sur la probabilité de dommage, en ajoutant une hypothèse d'asymétrie



d'information. On pourrait de même passer de "l'auto-assurance" à une forme de risque moral qui conduirait l'assuré, sachant que ses dépenses seront remboursées s'il tombe malade, à avoir moins recours à la prévention secondaire<sup>4</sup>. A notre connaissance, le lien entre assurance et prévention secondaire n'est pas étudié dans la théorie de l'assurance appliquée à la santé.

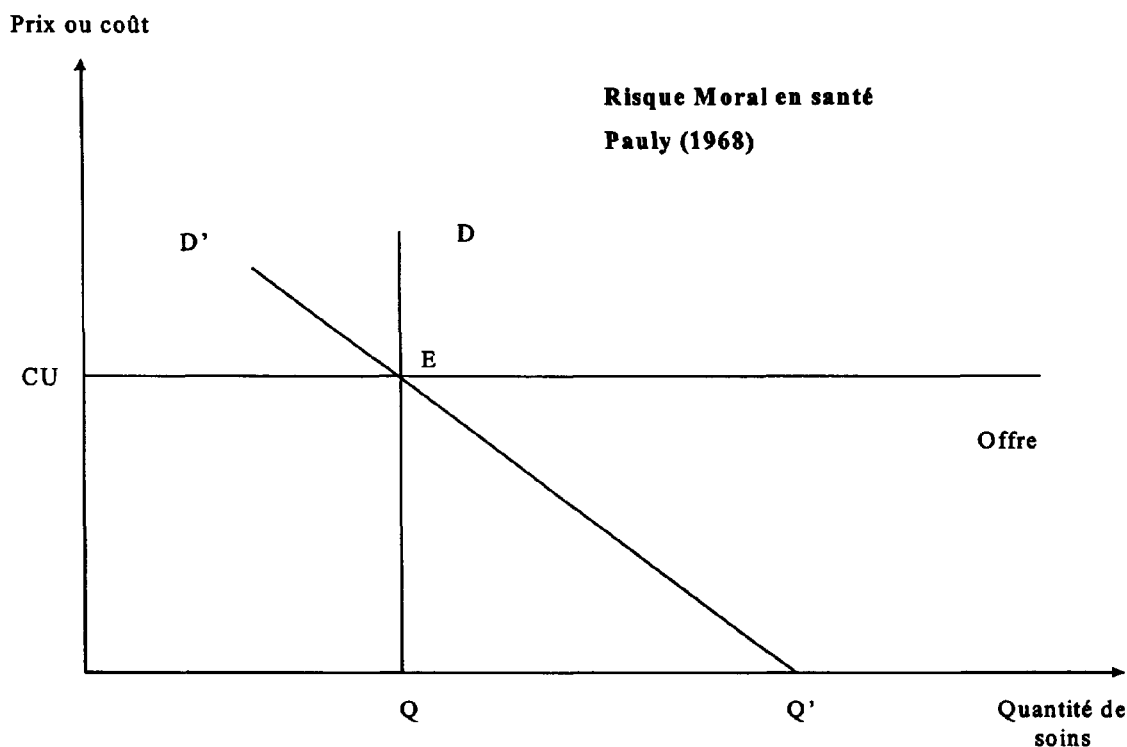
Il existe, de plus, peu d'études empiriques sur le sujet. Faire un effort d'auto-assurance consiste, de fait, à utiliser des ressources médicales. Il est donc difficile de distinguer ce qui relève réellement de la prévention secondaire quand on observe la consommation médicale d'un individu. De plus, la prévention secondaire, qui est la conséquence (en simplifiant) d'un suivi médical régulier, dépend probablement plus des facteurs qui influencent la consommation (prix, ressources, conditions d'accès et niveau d'éducation) que du fait d'être assuré en tant que tel. L'intuition semble plutôt suggérer que la prévention secondaire, si tant est que la personne en reconnaît la nécessité, serait favorisée par l'assurance, soit parce qu'elle est encouragée par l'assureur (qui en tire un bénéfice indirect), soit parce que l'individu qui en a les moyens (peut-être justement parce qu'il est assuré) y a recours. Ces intuitions sont confirmées sur des données françaises : Genier et Jacobzone (1998) montrent en effet que la prévention tendrait plutôt à augmenter lorsque les personnes sont assurées.

### ***2.1.2 Assurance et effet prix : le risque moral "ex post"***

La notion de risque moral est plus généralement utilisée en santé pour désigner l'idée selon laquelle pour un état de santé donné, une personne assurée va consommer plus de soins qu'une personne non assurée. L'assurance rembourse à l'individu les soins qu'il utilise. Elle a donc pour effet de diminuer, voire de rendre nul le coût marginal pour l'assuré de la consommation des soins. Si l'élasticité-prix de sa demande, pour un état de santé donné, n'est pas nulle, l'assurance conduit l'individu à demander plus de soins. Le raisonnement est illustré par la figure ci-après (Pauly, 1968).

---

<sup>4</sup> Dépistage systématique, suivi régulier destiné à une détection précoce des maladies.



$CU$  est le coût unitaire de production des soins. Les rendements sont constants, hypothèse classique pour la production de services. Que la fonction de demande soit  $D$  ou  $D'$ , l'équilibre du marché est  $E$  et la quantité échangée est  $Q$ . L'assurance a pour conséquence d'amener le prix des soins pour l'assuré à zéro (dans le cas où elle le rembourse intégralement). Si la demande n'est pas élastique, la quantité échangée en présence d'assurance reste  $Q$ . En revanche, si la demande est élastique, l'assuré va consommer  $Q'$  lorsqu'il est assuré. Le comportement de consommation est donc modifié par la présence d'assurance. Il s'agit d'un arbitrage rationnel. Ce risque moral est constitutif d'une inefficacité à plusieurs titres :

- d'une part, l'équilibre du marché ne possède plus les propriétés souhaitables. Sans assurance, l'équilibre (prix et quantité) est déterminé par l'intersection de l'offre et la demande. Par construction, le prix est égal au coût marginal des soins. Dans le cas où la baisse de prix conduit l'individu à demander  $Q'$ , le véritable coût marginal  $CU$  est supérieur au coût marginal pour l'individu (et donc à son utilité marginale), l'utilisation des ressources médicales est donc inefficace (Feldstein, 1993) ;
- d'autre part, l'existence de risque moral relativise, pour l'individu, l'intérêt de l'assurance. Si l'assureur fonde le calcul de sa prime sur la quantité qui sera effectivement consommée, le coût de l'assurance est beaucoup plus élevé qu'en l'absence de risque moral. L'assuré peut donc préférer la perspective de devoir payer

$Q$  unités s'il tombe malade à celle de s'acquitter dans tous les états du monde d'une prime basée sur  $Q'$ .

L'assureur, qui est de fait tiers-payeur, pour contrer cet effet "naturel" de l'assurance sur la consommation, doit connaître la fonction de réaction de l'assuré à une baisse du prix des soins. En fonction de l'élasticité, il faut alors déterminer un taux de coassurance, c'est à dire un prix  $P^*$  inférieur à  $CU$  qui sera payé par l'assuré pour chaque unité consommée en cas de dommage. A ce  $P^*$  sont associés une consommation  $Q^*(P^*)$  et une prime d'assurance qui prend en compte ces paramètres. Cette prime est telle que l'agent est indifférent (ou préfère faiblement) l'assurance à la perspective aléatoire. Il y a donc arbitrage entre la réduction du risque financier auquel le patient est exposé et la perte de bien-être due aux effets du risque moral. Le taux de coassurance optimal dépend des caractéristiques des demandes de soins et d'assurance (Marquis et Phelps, 1987; Feldman et Manning, 1995; Zweifel et Breyer, 1997<sup>5</sup>).

On peut noter que dans cette analyse, les hypothèses qui concourraient à la définition d'une situation de risque moral en assurance et qui sont, d'une part, la capacité qu'a l'individu de modifier son niveau de risque en entreprenant un effort coûteux et, d'autre part, l'asymétrie d'information sur l'effort effectivement réalisé, ne sont plus explicitement au cœur de l'analyse. Ici, pour un dommage donné, on insiste sur le fait que les ressources et les préférences des malades vont les inciter à choisir un niveau d'utilisation différent et que l'assurance, en diminuant le prix des services, introduit dans ces choix une distorsion complexe conduisant en général les personnes à avoir un montant plus élevé de consommation que si elles n'étaient pas assurées.

Dans la réalité, le remboursement proposé par l'assureur peut porter sur l'intégralité des frais engagés, ou imposer une participation financière de l'utilisateur au financement du service.

1. Cette participation financière peut être déterminée en référence à l'unité consommée.

Les possibilités sont multiples, l'assureur peut :

- prendre en charge une proportion fixe du coût réel (coassurance) ;

---

<sup>5</sup> Ces derniers auteurs étendent l'analyse au cas où l'utilité de l'individu dépend du fait qu'il est malade ou non.

- rembourser un montant fixe par type de soins (remboursement de l'assuré par référence à un barème) ;
  - imposer une participation fixe de l'assuré par type de service ou de bien (copaiement).
2. L'assureur peut aussi fixer des limites à ses versements en référence à la dépense totale (ou à la dépense par type de soins) :
- dans le cas d'une franchise, l'assuré n'est remboursé qu'à partir du moment où ses dépenses ont dépassé un seuil ;
  - dans le cas d'un plafond, l'assureur limite sa responsabilité totale en imposant un niveau au delà duquel l'assuré devra assumer les frais.

Parmi les études empiriques qui cherchent à mesurer le risque moral ou plus précisément l'élasticité-prix des soins, celle de la RAND (Manning et Marquis, 1989, Manning, *et al.*, 1987) reste la plus connue et fait référence. Ses résultats indiquent, comme le soulignent par exemple Levy *et al.* (1993) que la demande est effectivement sensible aux prix, à condition que le taux de coassurance soit assez élevé (de l'ordre de 25%).

La participation financière des assurés permet donc aux assureurs de limiter l'impact du risque moral ex post. Pour autant, il ne s'agit que d'un des types d'outils que l'assureur peut mettre en œuvre pour limiter l'impact des imperfections du marché des soins sur ses dépenses dans le cadre des contrats qu'il propose.

## **2.2 Vers une approche élargie**

Certaines particularités du comportement des acteurs présents sur le marché montrent les limites de mesures strictement financières destinées à restreindre la consommation des personnes assurées. Leur analyse permet, en outre, d'expliquer pourquoi l'assureur ne se contente pas nécessairement de rembourser les soins de façon aveugle et peut choisir d'adopter un comportement plus actif dans la gestion des risques.

### 2.2.1 Les transactions sur le marché des soins

Tout d'abord, on peut rappeler les doutes qui pèsent sur la capacité de l'individu à déterminer les biens et services qu'il devrait consommer pour répondre à un problème de santé. Ceci conduit logiquement à s'interroger sur sa capacité à choisir avec pertinence les biens auxquels il devrait renoncer lorsque sa participation financière augmente. Sur la base des données de la RAND, Lohr *et al.* (1986) concluent, au terme d'une étude empirique, que "*cost sharing is just as likely to lower use when care is thought to be highly effective as when it is thought to be only rarely effective*"<sup>6</sup>. Ainsi, quand bien même l'introduction de copaiements permettrait de lutter contre le risque moral, elle conduit l'individu à renoncer à des soins selon une logique qui lui est propre et qui n'est pas nécessairement fondée sur une décision informée. L'assureur peut être amené à supporter les conséquences de ces mauvais choix et il peut avoir un intérêt direct à informer la patient sur l'efficacité des services.

Par ailleurs, dans un univers où le service n'est guère standardisé et où les prix risquent de l'être encore moins, le consommateur assuré n'est pas incité à exercer de pression concurrentielle sur les producteurs. Comme le souligne Arrow : "*insurance removes the incentives on the part of individuals, patients ... to shop around for better prices*" (1963)<sup>7</sup>. L'assuré peut être d'autant plus tenté de relâcher sa vigilance qu'il associe prix élevé et meilleure qualité du service rendu (à tort ou à raison puisqu'il n'a pas vraiment les moyens de juger).

En fait, l'assureur, le patient, et le prestataire de soins (en particulier le médecin) entrent dans une relation complexe.

- Nous avons vu que le médecin est théoriquement l'agent du patient, et qu'il doit déterminer les soins qui amélioreront son état de santé.
- De la même façon, le prestataire de soins est l'agent de l'assureur : "*by certifying to the necessity of given treatment or the lack thereof, the physician acts as a controlling agent on behalf of the insurance companies. Needless to say, it is far*

---

<sup>6</sup> Les participations financières des usagers sont tout aussi susceptibles de diminuer l'utilisation des services lorsque ceux-ci sont jugés très efficaces que lorsqu'ils ne le sont que rarement.

<sup>7</sup> L'assurance élimine l'incitation des individus et des patients.. à chercher le service au meilleur prix.

*from perfect check; the physicians themselves are not under any control and it may be convenient for them or pleasing to their patients to prescribe more expensive medications, private nurses, more frequent treatments, and other marginal variations of care*<sup>8</sup> (Arrow, 1963, pp. 962).

Arrow souligne ici l'ambiguïté du rôle du prestataire de soins, agent de l'assureur comme de l'assuré, et dont les intérêts sont contradictoires dans la mesure où le premier finance la consommation du second. Le médecin est en outre lui-même un agent économique rationnel qui prend en compte ses propres incitations. Si son intérêt converge avec celui du patient, il peut le laisser, voire l'inciter à consommer plus que ce qui est nécessaire du strict point de vue médical (voir aussi Rochaix, 1997). Le patient n'ayant au mieux qu'une incitation financière marginale à limiter la dépense totale n'impose pas de contrôle très strict sur le prestataire. A titre d'illustration, une étude empirique menée à SANESCO<sup>9</sup> sur des informations émanant de fichiers d'assurance pour la garantie dentaire avait permis de montrer que le prix moyen de la couronne dentaire augmentait significativement quand le taux de couverture dont bénéficiait l'assuré s'accroissait. Il passait de 1800 F pour une garantie remboursant le ticket modérateur, à plus de 3300F, pour les garanties dépassant 150% du tarif de convention. Or, en France, le dentiste est libre de fixer le prix de la couronne. Certes, il existe différents types de couronnes et des considérations esthétiques peuvent motiver le choix de tel ou tel matériau (métal ou céramique). Les différences de prix peuvent aussi être expliquées par la difficulté du travail. Pour autant, il y a de fortes chances pour que ces besoins spécifiques soient équi-répartis dans la population. La corrélation (que l'on observe dans différentes régions) reflète donc en partie une convergence d'intérêt entre patient et producteur aux dépens de l'assureur. En effet, malgré un prix plus élevé quand le taux de couverture augmente, le taux de remboursement global des frais réels augmente avec le niveau de garantie. Autrement dit, le patient ne pâtit généralement pas

---

<sup>8</sup> *En certifiant de la nécessité d'un traitement ou d'une abstention thérapeutique, le médecin agit en qualité d'agent contrôleur pour le compte des compagnies d'assurance. Point n'est besoin de dire que ce contrôle est loin d'être parfait ; les médecins eux-mêmes ne sont pas contrôlés et il peut s'avérer commode pour eux et agréable pour les patients de prescrire des médicaments plus coûteux, des infirmières privées, des traitements plus fréquents, ou d'autres variations marginales de la prise en charge thérapeutique.*

<sup>9</sup> Bousquet F., Couffignal A., Meyer C. (1996) *La prise en charge du risque dentaire en assurance de groupe et en assurance individuelle.* Sanesco/FFSA/Gras-Savoie.

de l'augmentation des prix, qui augmente le revenu du dentiste et le coût supporté par l'assurance.

La relation d'agence offre un cadre théorique adéquat pour décrire les relations qu'entretiennent les acteurs en présence, mais surtout pour déterminer les incitations optimales qui doivent régir leurs relations. Elle conduit aussi à reconnaître que l'assureur, plus que le patient, paie le service rendu au patient par le producteur. Il peut alors légitimement intervenir directement dans le processus de production en choisissant, par exemple, le mode de rémunération du producteur en fonction de ses propres priorités.

### ***2.2.2 La gestion directe des transactions par l'assureur***

Dans l'analyse proposée ici, l'assureur n'est plus seulement tiers-payeur mais il devient acheteur de soins pour le compte de l'assuré, voire gestionnaire du risque. Il modifie, au moins en partie, la relation entre le patient - consommateur et le professionnel de santé. Quelle est la logique sous-jacente à une telle évolution du rôle de l'assureur ?

En règle générale, le patient s'en remet à un professionnel qui détermine pour lui l'essentiel du traitement. Son choix se limite le plus souvent à celui d'un professionnel particulier. Le patient s'oriente seul dans la filière de soins, et même en faisant l'hypothèse qu'il choisit en parfaite connaissance de cause les différents prestataires, sur des critères de proximité et de qualité, tant médicale que relationnelle, il n'a accès qu'à une série d'actes médicaux et jamais à ce qu'il pourrait souhaiter acquérir : à savoir le traitement global de son problème de santé.

La complexité des prises en charge, les cloisonnements et les conflits d'intérêt qui peuvent exister entre les différents prestataires, rendent nécessaire la gestion du risque pour que le patient soit bien soigné. On entend ici la gestion du risque au sens large, à la fois gestion et coordination du processus de production de soins, et gestion du capital de santé des usagers. L'idée générale est que la production de soins est un processus qui gagne en efficacité s'il gagne en cohérence (Robinson, 1996). Une meilleure organisation des soins peut donc passer par l'émergence d'une fonction que nous

appelons "d'entrepreneur de soins"<sup>10</sup>. L'entrepreneur ne se contente en effet pas de garantir la qualité et de coordonner les soins. Il peut déployer une batterie d'outils, au premier rang desquels figurent les incitations financières en direction des producteurs de soins. L'entrepreneur de soins se comporte comme un industriel classique : il négocie les prix des facteurs de production, cherche à minimiser les rentes éventuelles de producteurs, organise le processus de soins pour l'optimiser en fonction des évolutions technologiques et surveille la qualité du service. L'information étant pour le patient assuré très difficile à obtenir sur le marché des soins, l'entrepreneur cherche à simuler une situation équivalente à celle d'un marché dans lequel un patient, parfaitement informé, négocierait les prix des actes avec les producteurs. La responsabilité de cette simulation lui incombe, car les moyens dont il dispose lui permettent de déterminer l'agencement le plus efficace des actes élémentaires entrant dans le traitement, et d'exercer une pression concurrentielle sur les prix et la qualité des soins.

Dans cette vision, l'entrepreneur de soins est un agent - parfait - du patient (van de Ven et al., 1994a). La question que l'on doit se poser alors est celle de l'institution qui va incarner cette fonction. L'assureur, qui par construction est amené à payer les soins que consomment un grand nombre d'assurés, est un candidat possible<sup>11</sup>. L'émergence du *managed care* s'est d'ailleurs faite aux Etats-Unis à l'initiative de plans de santé (*health plans*). Ils l'ont utilisé pour offrir aux entreprises des contrats plus concurrentiels que ceux des assureurs traditionnels. Ces plans fournissaient un ensemble de soins aux membres affiliés en contrepartie d'une prime. Depuis la période des premiers *Health Maintenance Organizations* (HMO), dont l'activité se concentrait sur la prise en charge des salariés d'une entreprise<sup>12</sup>, les organisations de *managed care* (MCO) ont pris une part croissante dans le marché de la santé, sous l'effet de politiques favorables au niveau fédéral<sup>13</sup> et d'une évolution des comportements des employeurs et des consommateurs

---

<sup>10</sup> En référence à un travail précédemment mené (Bocognano, et al., 1998). Une partie de ce travail est aussi basée sur Bocognano, et al. (1999) "Dérégulation de l'assurance maladie : quelques enseignements des expériences étrangères", soumis à publication auprès d'*Etudes et Recherches en Economie Publique*

<sup>11</sup> Mais non unique (Bocognano et al. 1998).

<sup>12</sup> Sur le modèle désormais largement connu du *Kaiser Foundation Health Plan*.

<sup>13</sup> Dès 1971 obligation est faite aux employeurs de proposer un MCO parmi les plans d'assurance maladie s'il en existe dans la région.



désireux de limiter l'inflation des primes. Le *managed care* est désormais un produit classique aux Etats-Unis sur le marché de l'assurance maladie.

Son développement s'est accompagné d'une extraordinaire diversification des organisations qui le mettent en œuvre. Le facteur commun à toutes les MCO, et qui les distingue des systèmes d'assurance traditionnelle avec paiement à l'acte, n'est pas tant la notion de gestion des soins que la notion de sélection d'un réseau de médecins. En effet, même des plans d'assurance traditionnels se sont mis à faire de la gestion du risque, à instaurer des procédures d'entente préalable pour les soins coûteux, à exercer des contrôles sur l'utilisation de ressources onéreuses, etc. La contractualisation sélective avec les producteurs de soins est en revanche le trait distinctif des MCO ; mais à partir de cet élément commun, les organisations restent variables (Miller et Luft, 1994).

Les plus anciennes organisations sont les HMO, qui ont des relations exclusives ou non avec les prestataires et qui peuvent les rémunérer sur une base de capitation ou les intégrer dans une structure hiérarchique (salarial ou propriété des structures de soins). Dans les HMO, les assurés doivent obligatoirement s'adresser aux prestataires du réseau. Ce cadre rigide et fermé a entraîné la création de formules concurrentes intermédiaires entre les HMO et l'assurance traditionnelle. Les PPO (*Preferred Providers Organizations*) ont ainsi vu le jour dans les années quatre-vingt. Dans ces réseaux, des arrangements préférentiels sont négociés avec des groupes de médecins et des hôpitaux : les médecins restent payés à l'acte mais facturent des tarifs plus bas et acceptent des procédures de contrôle des pratiques. Le patient, lui, est mieux couvert s'il utilise les praticiens du réseau, mais garde la liberté de consulter à l'extérieur, en contrepartie d'une participation financière plus importante.

La croissance du *managed care* s'est effectuée essentiellement à partir des modèles les plus ouverts ou hybrides. Si les MCO ont en commun quelques principes d'organisation de la filière du patient (par exemple le rôle du généraliste - comme filtre - *gatekeeper* - vis-à-vis de l'accès aux soins spécialisés et lourds), les outils de contrôle des pratiques médicales, les méthodes de rémunération des médecins, les systèmes de partage du risque financier sont très variables. La tendance actuelle est au transfert du risque financier vers les groupes de médecins : le plan verse au groupe une fraction de la prime qu'il reçoit par patient, et le groupe de médecins assume le risque d'un dépassement du budget.

Les *Provider Sponsored Organizations*, les PSO constituent une réponse des prestataires : des organisations de producteurs proposent directement aux entreprises un service de prise en charge des patients moyennant capitation, sans passer par un tiers (le *health plan*), et donc en assurant directement les fonctions habituellement prises en charge par cet intermédiaire.

L'expérience américaine semble montrer que le *managed care* permet de résorber des inefficacités à un instant donné (notamment en réduisant la durée de séjour et la fréquence des hospitalisations) même si son développement n'a pas, aux Etats-Unis, réussi à freiner durablement l'inflation des dépenses de santé.

Au travers de cet exemple, nous avons brièvement montré que l'assureur peut se doter de moyens multiples pour gérer les risques et non se contenter de rembourser les dépenses encourues par les personnes qu'il couvre. Dans un univers concurrentiel, le développement de cette activité lui permet théoriquement de proposer des primes plus faibles et contribue à améliorer l'efficacité de l'allocation des ressources médicales et de la "production" des prises en charges.

Le modèle de *managed care* mis en œuvre par les assureurs fait figure de référence dans de nombreux pays et inspire des réformes qui visent à faire émerger cette fonction d'entrepreneur de soins. Tous s'interrogent cependant sur les incitations qu'il faut mettre en place pour que les opérateurs désignés agissent dans l'intérêt des patients. Les débats autour de la *managed competition* (Enthoven, 1994, par exemple), soulignent notamment la nécessité de contrôler l'activité des assureurs qui, pour faire pression sur les coûts, peuvent être tentés de limiter l'accès aux soins ou la qualité des prises en charge.

### **3. TARIFICATION DE L'ASSURANCE**

Le champ de l'assurance et la nature du service étant définis, l'assureur doit y associer un prix, en l'occurrence, estimer ex ante le niveau de risque qu'il couvre en fonction de ses engagements contractuels. Expliciter les principes de la tarification actuarielle dans le cas particulier de la santé (3.1) permet de caractériser plus précisément la nature du service qui peut être rendu par l'assurance, en adoptant le point de vue des personnes qui cherchent à se couvrir (3.2).

### 3.1 Tarification actuarielle du risque en santé

Pour élaborer une prime, l'assureur doit identifier clairement les facteurs de risque, estimer les dommages possibles associés et les dépenses qui seront, en moyenne, encourues par la personne si ces risques se traduisent par des dommages. C'est le principe de la tarification actuarielle, ou actuariellement neutre, fondamentalement associée au service d'assurance comme nous l'avons vu dans le premier chapitre. En théorie, la prime d'assurance doit être égale à la moyenne des dépenses que va engendrer un individu pendant la période contractuelle. Or, la tarification du risque en santé est un exercice complexe (3.1.1). Cette difficulté contribue à expliquer la durée relativement courte des contrats (3.1.2).

#### 3.1.1 Le principe

Nous avons montré que les sources d'hétérogénéité entre l'état de santé des individus sont multiples. La tâche de l'assureur est donc complexe. Partons de l'hypothèse (Newhouse, 1996) que les dépenses d'un individu suivent le modèle :

$$D_{it} = \alpha + X_{it}\beta + \mu_i + \varepsilon_{it}$$

où  $D_{it}$  est la dépense de l'individu  $i$  pour la période  $t$ ,  $X_{it}$  est un vecteur de facteurs de risque qui caractérise l'individu  $i$  à la date  $t$ ,  $\mu_i$  est une caractéristique invariante de l'individu,  $\varepsilon_{it}$  est un terme d'erreur individuel qui reflète la variance pure et qui varie avec le temps mais qui peut éventuellement être auto-corrélé.

La variance des dépenses se décompose en une variance pure et une variance explicable :

1. la variance pure résulte de la réalisation d'événements aléatoires, par exemple le fait d'avoir un accident. Assumer cette variance pure est le rôle de l'assureur ;
2. la variance explicable dépend des caractéristiques individuelles et devrait être entièrement intégrée dans la prime. Elle se décompose à son tour en plusieurs composantes :
  - certaines variables sont objectives et communes à des sous-groupes d'individus (le sexe, l'âge, la région...). Elles sont prises en compte dans le vecteur  $X$ , dont les coefficients sont identiques pour tous les individus ;

- les autres sont les caractéristiques intrinsèques d'un individu précis ( $\mu_i$ ), qu'il est impossible de déterminer objectivement, comme, pour prendre un exemple simple, le fait d'être hypocondriaque. Toutes choses égales par ailleurs, une personne hypocondriaque aura tendance à consommer plus de soins qu'une autre. Il est aussi probable qu'une part de ce  $\mu_i$  reflète des caractéristiques que l'état de la science ne permet pas d'objectiver et d'intégrer au vecteur  $X^{14}$ ;
- enfin, on peut prédire une partie de l'évolution inter-temporelle des variables caractérisant les dépenses de santé. L'âge est l'un de ces facteurs, mais on peut aussi pronostiquer pour partie l'évolution de certaines maladies (guérison progressive ou aggravation) sur plusieurs périodes.

La prime idéale d'assurance devrait prendre en compte l'ensemble de ces caractéristiques. L'assureur doit objectiver le plus grand nombre possible de facteurs de risque  $X$ , ou plus précisément à trouver ceux qui permettent d'expliquer la plus grande part de la variance. L'assureur associe à chaque sous-groupe défini par une combinaison différente des caractéristiques  $X$ , une prime qui est égale à l'espérance de dommage. Dans les faits, la variable individuelle intrinsèque ne pourra que difficilement être prise en compte dans la tarification au risque puisque l'assureur doit, par construction, déterminer des groupes homogènes afin de mutualiser le risque. Si l'assureur parvient à estimer le  $\mu_i$  de chaque individu, il peut cependant théoriquement envisager de constituer, au sein de chaque cellule de risque définie par la combinaison des critères  $X$ , des groupes de personnes qui ont des niveaux de  $\mu_i$  identiques et leur appliquer un tarif plus ou moins élevé. La faisabilité d'une telle tarification est assez improbable. En revanche, on peut penser que la part de cette variable sera amenée à diminuer au fur et à mesure que la connaissance des déterminants de l'état de santé augmentera.

---

<sup>14</sup> Si par exemple, on découvre que toutes les personnes qui ont une caractéristique génétique précise ont, toutes choses égales par ailleurs, des dépenses plus élevées, on pourra ajouter une variable indicatrice de la présence du gène dans le vecteur  $X$  et le  $\mu_i$  de toutes les personnes qui présentent cette caractéristique génétique sera plus faible.

### **3.1.2 La périodicité des contrats**

Compte tenu de l'importance de la dimension temporelle dans la détermination de l'état de santé, mais aussi de la nature de l'activité d'assurance, la périodicité du contrat est un élément central de caractérisation du service. L'assureur doit estimer ex ante une prime telle qu'il pourra, pendant la période contractuelle, couvrir en moyenne tout ou partie des dépenses de santé des assurés. Traditionnellement, il n'a pas la possibilité de se retourner contre les assurés (indépendamment des cas de fraude) si les sommes collectées ne lui ont pas permis à échéance du contrat de couvrir ses engagements<sup>15</sup>. Par rapport à de nombreux biens et services, il y a donc inversion du cycle de production puisque le service est payé avant d'être rendu. Un tel mécanisme de pré-paiement a pour conséquence de le rendre "*peu capable de faire face à des risques qui n'ont pas été anticipés*" (Blanchet, 1996).

La difficulté d'estimer les risques explique, pour une large part, la durée des contrats d'assurance privée qui ne dépasse quasiment jamais un an. Si le contrat était conclu pour une durée longue, l'assureur pourrait commettre des erreurs de tarification :

- le risque moyen que présente une personne ou un groupe peut évoluer au fil du temps. Estimer non seulement les risques à l'entrée dans le contrat mais leur évolution possible à long terme, relève de la gageure ;
- quand bien même les risques seraient évalués correctement, le coût de prise en charge des dommages peut évoluer, du fait de l'apparition de nouvelles technologies ou de modifications des modalités de traitement. Pour s'engager à long terme, l'assureur devrait non seulement connaître le risque pour une personne de souffrir d'une affection mais aussi anticiper le coût de la prise en charge au moment où le dommage surviendra ;
- enfin, il existe des formes d'aléa trop radicales pour que l'assureur les anticipe et soit en mesure d'en évaluer les coûts. L'émergence de nouveaux risques, comme le SIDA, ne peut être anticipée et, a fortiori, tarifée.

---

<sup>15</sup> En revanche, il peut lui même souscrire un contrat de réassurance pour le cas où une telle situation se produirait.

A l'inverse, un contrat plus court permet à l'assureur d'utiliser l'information acquise durant la période où il court pour tarifier le contrat à la période suivante. Les contrats que l'assureur va proposer sont donc, en règle générale, circonscrits dans le temps.

### **3.2 Interprétation et conséquences pour les assurés**

Compte tenu des éléments qui précèdent, le champ des risques pesant sur la santé pouvant être pris en charge par une assurance est précisé. Il apparaît alors clairement que le mécanisme d'assurance n'est pas pertinent pour couvrir tous les risques en santé (3.2.1) et que les possibilités de se couvrir à long terme sur le marché privé sont insuffisantes (3.2.2).

#### ***3.2.1 La pertinence limitée du mécanisme d'assurance***

Le résultat de l'opération d'assurance peut être interprété, pour la personne qui se couvre, comme un transfert de la variance du revenu sur une entité extérieure. L'espérance de richesse de l'individu est identique avec et sans assurance. Sans assurance, la variance de la richesse est positive, avec assurance, elle est nulle. Le but de l'assurance n'est donc pas de prendre en charge les dépenses de santé d'un individu mais de le protéger contre une variation autour de la moyenne de ses dépenses.

Ainsi, la dégradation inéluctable de l'état de santé associée au vieillissement ne peut pas être analysée comme provenant de la réalisation d'une variation aléatoire. Toute personne doit s'apprêter à voir ses dépenses moyennes augmenter en fonction de son âge et doit allouer ses ressources en conséquence, en ayant recours à l'épargne.

Toutefois, la détermination du rôle que doit, ou devrait jouer l'assurance, dépend du point de vue que l'on adopte pour appréhender le risque. En naissant avec un handicap, avec la quasi certitude de développer une maladie ou d'être exposé à un environnement lui-même générateur de risque, une personne pourra avoir, au long de sa vie, des besoins médicaux plus élevés qu'une autre. Ces événements défavorables peuvent être analysés selon deux points de vue :

- ex ante, on peut les considérer comme des formes d'aléa contre lesquelles une assurance devrait pouvoir être souscrite. Il s'agirait alors de se protéger contre le fait de présenter un facteur de risque particulier ;

- ex post, on observe une hétérogénéité des risques. Les besoins de santé étant, en moyenne, différents entre les individus, l'assureur les regroupe par niveau de risque homogène et mutualise leurs risques pour éliminer la variance de leurs dépenses.

Dans la réalité, il n'est pas possible de souscrire un contrat contre le fait de naître avec un niveau de risque élevé. Il s'agit là d'une première limite à l'adéquation du service d'assurance aux besoins de couverture des individus.

Mais le paradoxe entre les deux approches du risque (ex ante / ex post) est probablement plus frappant pour une personne qui, à un moment de sa vie, voit son état de santé se dégrader et donc son niveau de risque augmenter au delà de ce qui est prévisible en moyenne pour une catégorie d'âge donnée. Considérons le cas d'une personne qui souffre d'une affection chronique lourde et dont les besoins médicaux sont élevés (SIDA, insuffisance rénale chronique, démence sénile, maladie cardio-vasculaire, ...).

Si la personne est assurée au moment la maladie survient, l'assurance doit en prendre en charge les conséquences. En particulier, elle couvrira les dépenses de santé jusqu'à échéance du contrat puisque cela correspond à son engagement contractuel. Au moment où la personne doit à nouveau souscrire un contrat d'assurance, si son état de santé n'est pas rétabli à son niveau initial, elle relève d'une catégorie de risque différente. Pour une personne souffrant d'une telle maladie, la différence entre le fait de payer une assurance actuarielle ou directement les soins (si tant est qu'elle ait des ressources suffisantes) est probablement infime. La couverture de certaines maladies pose donc un problème au regard de la nature même de la notion d'assurance qui consiste à mutualiser une variable aléatoire.

La première question soulevée ici est celle de la pertinence du concept d'assurance face à des dommages longs qui, comme le souligne Arrow ne serait pas cruciale s'il était possible de s'assurer dans le long terme. "*On a lifetime insurance basis, insurance against chronic illness makes sense, since this is both highly unpredictable and highly significant in costs. Among people who already have chronic illness, .. insurance in the strict sense is probably pointless*"<sup>16</sup> (1963, pp. 963).

---

<sup>16</sup> Sur la durée d'une vie l'assurance contre les maladies chroniques est pertinente, dans la mesure où elles sont très aléatoires et très coûteuses. Parmi les malades chroniques, l'assurance, dans l'acception stricte du terme, n'a pas de sens.

### **3.2.2 La question de l'assurance de long terme**

La seconde question est donc celle du rapport entre, d'une part, l'évolution dans le temps des risques et, d'autre part, la durée du contrat d'assurance qui permet de se prémunir contre ces risques. Les attentes des individus à cet égard sont légitimes (a) mais le marché ne répond pas pleinement à leurs besoins (b).

#### **a) Les attentes des individus**

En dehors du vieillissement, le niveau de risque d'un individu peut évoluer au fil du temps pour des raisons aléatoires, ou, ce qui revient au même, de l'information peut être révélée qui conduit à réévaluer ce niveau de risque. Si l'on éprouve de l'aversion pour le risque, il est légitime de souhaiter s'assurer contre la réalisation d'un tel "dommage". Ceci se traduit par la nécessité, à partir d'un instant donné, de consacrer plus de ressources qu'un autre individu à se soigner (où à s'assurer).

En théorie, un individu devrait pouvoir souscrire un contrat d'assurance de long terme ou se procurer de l'assurance contre le risque de devenir un "haut risque" (Dowd et Feldman, 1992).

- Le premier type de contrat devrait se traduire par un engagement réciproque et irréversible sur la durée de la vie, dont la faisabilité est douteuse. Il présente en outre l'inconvénient de rendre la personne captive d'une compagnie d'assurance, gommant ainsi largement les incitations concurrentielles à l'efficacité et mettant l'assuré dans une position de faiblesse par rapport à l'assureur. Une assurance de cohorte dans laquelle des personnes, qui auraient des niveaux de risques initialement identiques, s'engageraient à s'assurer de façon périodique mais toujours solidaire, si certaines d'entre elles voyaient leur risque évoluer, est une solution qui procède du même principe. Elle repose aussi sur l'hypothèse que des personnes sont capables de maintenir un engagement volontaire et irréversible, alors qu'elles auraient la possibilité, pour celles dont le risque s'avère faible, de souscrire, à titre individuel, une assurance beaucoup plus avantageuse. Enfin, si le risque moyen de la cohorte évolue de façon très défavorable, le problème de la pertinence et de la faisabilité de l'assurance peut se reposer.
- Le second type de contrat peut être assimilé à une option permettant à l'assuré de faire face à l'augmentation de la prime dans le cas où il deviendrait un haut risque, voire dans le cas où il naîtrait avec un niveau de risque élevé. Ceci n'implique pas



nécessairement de choisir, au moment de la souscription de l'option, la compagnie d'assurance auprès de laquelle on s'assure effectivement. Cochrane (1995) propose une solution théorique séduisante qui procède de ce principe. Elle consiste à introduire une clause de paiement de séparation (*severance payment*). Si le risque d'un individu a augmenté pendant la durée du contrat, l'assureur lui verse une somme qui correspond à l'augmentation de la valeur actualisée de ses coûts. Cette somme permet à l'assuré de souscrire une assurance actuarielle à la période suivante. Si le risque de l'individu a au contraire diminué, celui-ci paie une somme qui correspond à la diminution de son espérance de dommage. Cette dernière contrainte étant difficile à imposer, Cochrane propose d'établir un compte spécifique, abondé par chaque agent, sur lequel l'assureur prélève ou verse des sommes qui correspondent aux paiements de séparation et prélève les primes actuarielles de court terme. Ce type de solution n'a, pour l'instant, jamais émergé spontanément du fonctionnement du marché. Il est vraisemblable que l'incertitude sur le coût futur de la prise en charge d'une pathologie et sur l'évolution des risques (sans mentionner la possibilité d'apparition d'un nouveau risque comme le SIDA) est trop radicale pour permettre la mise en œuvre et la tarification de telles polices d'assurance.

#### **b ) Les solutions de marché partielles**

Il existe cependant des formes d'organisation concurrentielles qui apportent une solution à ce problème. Elles reposent sur la constitution de groupes de personnes qui présentent des niveaux de risque différents et qui se couvrent collectivement sur des périodes longues. L'économie du système repose sur un principe fondamental et différent de celui de l'assurance de cohorte : le groupe constitué se renouvelle et en particulier des personnes qui présentent des niveaux de risque faible le rejoignent régulièrement.

1. L'assurance de groupe est un premier exemple. Le fonctionnement par répartition du risque au sein de l'entreprise parie sur le renouvellement, voire l'expansion de la main d'œuvre de cette entreprise. Certes, chaque risque individuel évolue et vieillit, mais le recrutement assure que des personnes présentant de meilleurs niveaux de risque, plus jeunes, vont venir compenser cette évolution naturelle du risque collectif. Cette solution reste partielle car l'individu n'est protégé que dans la mesure où son niveau de risque n'est pas dégradé au point qu'il ne peut plus travailler.

2. La constitution de centrales d'achat est aussi une solution qui émerge depuis quelques années aux USA (Newhouse et Chairman, 1998). Des personnes ou des entités qui ont du mal à s'assurer à titre individuel se regroupent et créent une structure intermédiaire qui élargit la péréquation des risques en dehors de la structure légale de l'entreprise. La création de ces structures intermédiaires a été autorisée, voire encouragée dans un grand nombre d'Etats américains depuis le début des années quatre-vingt-dix et semble rencontrer un succès important auprès des PME américaines. En effet, en se regroupant, elles peuvent obtenir un pouvoir de marché face aux assureurs et négocier des tarifs avantageux.
3. On peut enfin remarquer que certaines mutuelles françaises qui limitent la tarification au risque cherchent à jouer un rôle similaire : les personnes jeunes ou qui présentent un niveau de risque faible paient des primes relativement plus élevées que si elles s'assuraient auprès de compagnies d'assurance privées. Elles financent de fait les dépenses des personnes couvertes par la même mutuelle qui présentent un niveau de risque plus élevé ou qui sont plus âgées.

On mesure bien que la réussite de tels projets repose sur la capacité de l'opérateur à assurer le renouvellement des risques. Il faut, en outre, que les assurés acceptent de participer à un tel système de répartition privé et qu'ils aient confiance en sa pérennité afin de pouvoir bénéficier de la forme de couverture de risque à long terme qu'elle génère.

## CONCLUSION

La déclinaison des principes assurantiels au domaine de la santé nous a conduit à montrer en quoi la nature du risque couvert conditionne celle du service rendu.

En premier lieu, l'assurance porte exclusivement sur les soins et non sur la santé, comme on aurait pu l'envisager a priori. Les personnes qui souscrivent une assurance santé se protègent en réalité contre le risque de faire face à des dépenses de santé imprévues ou plus précisément, contre une variation de leurs dépenses de santé autour de la moyenne.

Comme la réparation des dommages en santé passent par la consommation par l'assuré de biens et services médicaux, et que l'assurance diminue le prix de ces services, les assureurs santé sont confrontés au risque moral *ex post*. Plus généralement, ils subissent indirectement les conséquences du fait que le fonctionnement des marchés de biens et services médicaux est imparfait. Dans un tel univers, ils peuvent surmonter ces difficultés en ajustant les niveaux de couvertures, voire en adoptant un rôle plus actif dans la gestion du risque de type *managed care*. En ce sens, les assureurs peuvent devenir des intermédiaires entre les patients et les prestataires de services.

Ceci dit, le service rendu par les assureurs reste limité dans le temps, parce que la nature des risque est difficile à estimer, particulièrement dans le long terme. Des solutions partielles à la difficulté qu'ont les assurés à se couvrir contre l'évolution de leur niveau de risque émergent sur les marchés, mais elles sont fragiles.

## CONCLUSION DE LA PARTIE I

Le rôle des assureurs privés consiste essentiellement à mutualiser le risque individuel d'avoir à faire face à des dépenses de soins, au sein d'un groupe de personnes qui sont dans un état de santé comparable.

La nature du service proposé par les assureurs en santé ne diffère donc pas fondamentalement de celle du service qu'ils rendent pour couvrir d'autres dommages, si ce n'est que la tarification du risque en santé est un exercice probablement plus difficile que dans d'autres domaines. Ceci dit, il n'y a pas a priori de raisons pour que l'assureur ne puisse pas, pour un niveau de risque donné, proposer un contrat associé à une prime, contrat que les personnes choisissent ou non de souscrire. Le fait que certaines personnes n'aient pas les moyens de le faire, tant que la prime proposée est concurrentielle (actuariellement juste), n'est pas, en soi, constitutive d'un échec de marché mais relève d'un problème d'équité (Dowd et Feldman, 1992) qui peut être traité comme tel, par des mécanismes redistributifs spécifiques. Dans le même temps, en encourageant et en pérennisant les structures qui proposent des formes de couverture contre le risque de long terme, l'Etat peut contribuer à améliorer le fonctionnement du marché.

Au terme de cette partie, on pourrait donc envisager que la couverture du risque maladie soit essentiellement confiée à des assureurs privés, l'Etat se réservant la possibilité de procéder à une redistribution des ressources si cela s'avère nécessaire. Comme le suggère la théorie standard, l'allocation des ressources serait efficace et les assureurs, afin de limiter les comportements stratégiques des assurés comme des prestataires de soins, développeraient la gestion des risques, contribuant ainsi à améliorer l'efficacité productive du système de santé.

Cette approche est pourtant naïve, et nous étudions, dans la seconde partie de ce travail, en quoi la concurrence entre assureurs, notamment dans le domaine de la santé, n'est pas systématiquement synonyme d'efficacité.