

# questions

## d'économie de la santé

Synthèse

### Repères

En 2000, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité a lancé un appel d'offres de recherche sur le thème « Protection sociale et développement économique ». Dans ce cadre, une équipe, constituée de chercheurs du CREDES et du DELTA (laboratoire d'économie CNRS, Ecole des Hautes Etudes en Sciences sociales et Ecole normale supérieure), a proposé d'approfondir la question suivante : la CMU peut-elle avoir un impact sur l'emploi ? Cette recherche n'a pas pour objet de proposer de résultats quantifiés mais d'examiner les enjeux théoriques et empiriques soulevés par cette question. Elle a donné lieu à la publication d'une revue de littérature de l'impact de l'assurance sur les inégalités sociales de santé (questions d'économie de la santé n° 43). Nous présentons ici une synthèse globale du rapport final, téléchargeable sur le site Internet du CREDES : <http://www.credes.fr>

### Comment évaluer l'impact de la complémentaire CMU sur l'emploi ?

Agnès Couffinal, Paul Dourgnon, Pierre-Yves Geoffard, Michel Grignon, Florence Jusot, Florence Naudin

La loi sur la Couverture maladie universelle (CMU) a mis en place au 1er janvier 2000 une assurance complémentaire attribuée gratuitement sous condition de ressources. Ce dispositif, en améliorant l'accès aux soins des plus démunis, vise explicitement à réduire les inégalités sociales de santé.

Au-delà de cet objectif d'équité, la théorie économique suggère qu'un meilleur état de santé peut aussi améliorer l'insertion sur le marché du travail et, en conséquence, à un niveau agrégé, la richesse nationale. *A contrario*, une telle mesure peut aussi avoir des effets négatifs sur la participation au marché du travail. Par exemple, les personnes qui sont proches du seuil de revenu donnant droit à la CMU pourraient craindre de perdre le bénéfice de la complémentaire à partir du moment où elles travaillent plus et donc gagnent davantage.

Une évaluation de l'impact de la complémentaire CMU (CCMU) doit tout d'abord intégrer l'ensemble des incitations économiques qu'elle peut induire sur les comportements. Elle doit en outre vérifier l'hypothèse sous-jacente de l'impact positif des soins sur l'état de santé. Une telle hypothèse ne peut être testée que sur des données longitudinales. Nous réalisons le premier test de cette hypothèse sur données françaises.

CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :

1, rue Paul-Cézanne 75008 Paris

Téléphone : 01 53 93 43 02/17

Télécopie : 01 53 93 43 50

E-mail : [document@credes.fr](mailto:document@credes.fr)

Web : [www.credes.fr](http://www.credes.fr)

Directrice de la publication :  
Dominique Polton

Rédactrice en chef :  
Nathalie Meunier

Maquettiste :  
Khadija Ben Larbi

ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 50 euros par an

Prix du numéro : 5 euros

Environ 10 numéros par an

### Résultats et perspectives de l'étude : présentation synthétique

Type de relation	Effet attendu	Mesures empiriques internationales	Éléments empiriques sur données françaises	Besoins de compléments
Assurance et consommation de soins	+	Oui (étude de la RAND <sup>1</sup> , Medicaid <sup>2</sup> )	ESPS <sup>3</sup> , données de remboursement : Impact positif	Des études comparables à celle de la RAND sur données françaises sont peu envisageables
Consommation de soins et état de santé	+	Oui, sur : hypertension, vision, mortalité infantile	ESPS « panalisée » : Impact sur l'invalidité	Suivi de long terme, ou sur quelques pathologies
État de santé et offre de travail ou emploi	+	Oui dans les PVD Pays riches : effets positifs de la santé mentale, et de la santé infantile à travers l'éducation ; effets de la santé sur les départs à la retraite.	Enquêtes RMI, enquêtes emploi, ESTEV, GAZEL <sup>4</sup> : Impact positif, faible niveau de preuve	Envisageable sur ESPS « panalisée »
Condition de ressources et désincitation au travail	-	Impact réel mais faible des changements de seuils d'éligibilité Medicaid	Rien de spécifique à la CMU	Intégrer les aspects de santé dans les études empiriques des « trappes à pauvreté »

1 - Cette étude (Etats-Unis années 70) avait pour objectif de mesurer les effets de l'assurance sur la dépense médicale et sur l'état de santé en contrôlant rigoureusement du biais d'auto-sélection.

2 - Medicaid : assurance publique destinée aux plus pauvres des habitants des Etats-Unis.

3 - Enquête sur la Santé et la Protection Sociale (ESPS), réalisée par le CREDES à partir de laquelle on peut suivre les mêmes individus sur longue période (panel).

4 - ESTEV: Enquête Santé Travail Et Vieillesse de l'INSERM. GAZEL : cohorte de 20 624 salariés de GDF et EDF étudiée par l'INSERM.

L'objectif de ce travail est d'apporter des éléments de réponse à la question suivante : la complémentaire CMU (CCMU), peut-elle avoir un impact sur la richesse nationale *via* l'emploi ? La première étape consiste à recenser, dans la théorie économique, l'ensemble des conséquences possibles de la CCMU (partie 1). Dans un second temps, nous dressons un bilan des éléments empiriques disponibles, en France et à l'étranger, sur la mesure de ces différents effets (partie 2). Pour finir, nous proposons, à partir de l'enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) du CREDES, qui permet de suivre les mêmes individus sur longue période, les premiers d'une étude empirique de l'impact de l'accès aux soins sur l'état de santé. L'impact positif de l'accès aux soins sur l'état de santé, au centre du raisonnement qui permet de conclure à l'impact positif de l'assurance sur la richesse, est en effet paradoxalement difficile à démontrer et restait non étudié dans le cas français (partie 3).

## L'incidence de la complémentaire CMU sur les comportements économiques

2

Le raisonnement qui conduit à associer amélioration de la couverture santé des plus démunis et offre de travail est très complexe. Il soulève de nombreuses interrogations, tant théoriques qu'empiriques. Nous proposons ici d'en rappeler les principaux éléments, lesquels ne sont pas spécifiques à la complémentaire CMU mais plus généralement issus de la théorie de l'assurance en santé. Nous nous appuyons sur le graphique de la page suivante qui a guidé notre démarche. Il représente les variables qui nous intéressent et les principales influences positives ou négatives qu'elles ont les unes sur les autres. Nous distinguons plus particulièrement trois relations dans l'analyse : l'effet de l'assurance sur la consommation de soins, l'effet des soins sur l'état de santé et l'effet de la santé sur l'emploi.

### L'assurance, en augmentant l'accès aux soins, améliore l'état de santé

La première étape du raisonnement articule essentiellement assurance (publique ou privée), accès aux soins et état de santé. L'assurance, en réduisant le prix apparent des soins au moment

de leur consommation, améliore l'accès aux soins<sup>1</sup>, notamment pour les personnes défavorisées. On espère qu'à leur tour, ces soins ont un impact favorable sur l'état de santé des individus.

### Une meilleure santé favorise l'intégration sur le marché du travail

Théoriquement, l'offre de travail d'un individu résulte de la comparaison entre la pénibilité de la tâche et le revenu qu'il en tire. Une amélioration de l'état de santé peut entraîner une augmentation de l'offre de travail par deux biais :

- En premier lieu, comme un état de santé dégradé rend le travail plus pénible, une personne en meilleure santé pourra, *a contrario*, plus facilement participer au marché du travail.
- En second lieu, une amélioration de l'état de santé peut inciter l'individu à travailler plus car ses perspectives d'obtenir une bonne rémunération sont accrues. En effet, une meilleure santé peut augmenter le rendement de l'effort, autrement dit la productivité du travail elle-même, et donc le salaire horaire.

Par ailleurs, l'état de santé peut aussi avoir un impact sur l'employabilité des personnes et donc sur la demande de travail de la part des entreprises qui peuvent être tentées de discriminer les personnes en mauvaise santé.

### Les effets négatifs possibles d'une assurance publique

La présentation de cette spirale vertueuse liant assurance, santé et emploi ne doit pas faire oublier que la théorie économique suggère quelques freins possibles à sa mise en place.

En premier lieu, la complémentaire CMU peut en réalité se substituer à d'éventuelles couvertures privées. Cette substitution peut conduire paradoxalement l'individu à moins se couvrir contre le risque maladie, si l'assurance maladie gratuite est de moins bonne qualité que les assurances privées, et à diminuer son recours aux soins.

En second lieu, l'offre de travail peut aussi dépendre de la comparaison entre le revenu net de l'individu au travail et son revenu net s'il ne travaille pas. Si la couverture publique est sou-

mise à condition de ressources, l'individu qui travaille peut perdre le bénéfice de cette couverture gratuite et être obligé de consacrer une part de son revenu d'activité à l'acquiescer sur le marché. On dit que le revenu de son travail subit un taux d'imposition implicite, d'autant plus élevé qu'il existe des effets de seuil. On sait ainsi que l'écart entre revenus d'activité, notamment à temps partiel et dans le cas d'un travail peu qualifié, et les revenus de remplacement (par exemple, le RMI), peut être très faible. Ces effets de seuil créent des « trappes à pauvreté », c'est-à-dire des situations où l'incitation économique liée au supplément de revenu apporté par un salaire est compensée ou dominée par la perte du bénéfice du RMI, cet effet pouvant alors se cumuler avec la perte de la CCMU. Ils doivent être pris en compte pour estimer l'impact d'une couverture publique sous condition de ressources sur l'insertion professionnelle.

Enfin, la théorie permet de soupçonner un impact négatif des cotisations sociales ou des prélèvements destinés à financer une mesure comme la CMU sur l'emploi, à travers un effet négatif sur la demande de travail de la part des entreprises (augmentation du coût du travail) ou sur l'offre de travail des individus (baisse du revenu net tiré de l'activité salariée). Toutefois, il nous semble que le financement de la CCMU, assuré pour l'essentiel par la dotation de l'Etat, et donc par l'impôt, n'aura que des conséquences marginales sur le coût du travail. Nous le mentionnons donc pour mémoire et avons choisi de ne pas y revenir dans ce travail.

Pour illustrer cette première partie, nous avons formalisé l'ensemble des facteurs susceptibles de lier couverture maladie socialisée et insertion sur le marché du travail, dans un modèle micro-économique fondé sur l'arbitrage entre loisir et travail des individus concernés par la CMU<sup>2</sup>. Leur offre de travail dépend de la comparaison entre le niveau de salaire qu'ils peuvent espérer et la pénibilité du travail. Dans notre modèle, ces deux éléments dépendent de

<sup>1</sup> Les économistes appellent cet effet «risque moral» (cf. Bardey, Couffinal, Grignon, 2002).

<sup>2</sup> Ce modèle est développé dans le rapport MiRe CREDES.

la couverture maladie, par l'intermédiaire de l'état de santé. Ce cadre théorique très simple met en relief deux effets contradictoires. D'une part, l'individu concerné par la couverture sociale pourra avoir intérêt, dans certaines circonstances, à augmenter son offre de travail : l'effet sur le salaire de l'amélioration de l'état de santé, conséquence de l'existence de la couverture, l'emporte. D'autre part, il pourra avoir intérêt à réduire son offre de travail, s'il risque de perdre le bénéfice de la couverture sociale en gagnant trop de revenu sur le marché du travail. Ce dernier choix peut éventuellement aussi le conduire à un niveau de couverture inférieur à celui qu'il aurait pu s'acheter en travaillant, et l'assurance sociale aurait alors un effet doublement négatif.

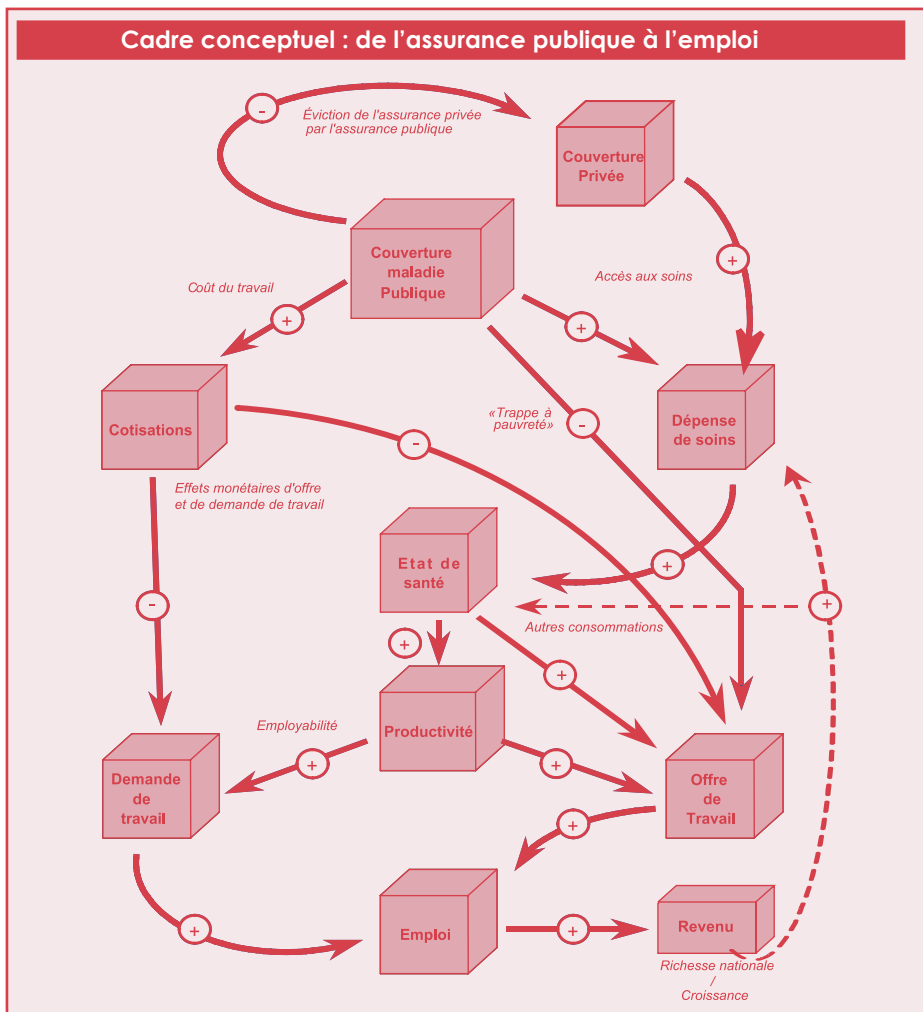
**Les liens entre assurance, santé, productivité et offre de travail : les leçons de la littérature empirique**

Pour apprécier les effets de l'introduction de la CCMU, il faudrait évaluer, dans le contexte français, l'ampleur des liens entre assurance et insertion professionnelle mis en lumière par la théorie. Pour cela, nous proposons une synthèse de la littérature existante, sur données françaises ou internationales, relatives à ces différents points.

**Assurance et accès aux soins**

Cette partie de la revue de littérature a d'ores et déjà été publiée (Dourgnon, Grignon et Jusot, 2001) et nous en rappelons les principales conclusions.

En premier lieu, une littérature abondante montre que les individus bénéficiant d'une meilleure couverture consomment en général plus de soins, notamment ambulatoires. Pour obtenir un tel résultat causal, il faut cependant contrôler l'effet de sélection qui conduirait les plus gros consommateurs à s'assurer plus. Ceci fait, les études montrent bien que le degré de couverture maladie a un effet positif sur la consommation de soins : parmi les plus pauvres, les personnes sans assurance recourent significativement moins souvent au système de soins que les autres.



**Assurance et état de santé**

Les résultats sont plus contrastés en ce qui concerne l'impact de la couverture médicale sur la santé future. La littérature montre que l'amélioration de l'accès aux soins liée à la couverture favorise des consommations « utiles », notamment de dépistage (mammographies, cancers, examens prénataux) et de surveillance (hypertension, diabète, suivi de grossesses). De plus, un meilleur accès à l'assurance sociale des plus pauvres diminue la mortalité infantile, la mortalité des enfants de plus de un an, et la probabilité de naissance à faible poids. En revanche, aucune étude ne démontre d'impact de l'assurance sur des mesures de l'état de santé général des individus.

**Santé et emploi**

On observe, dans de nombreux pays, un lien statistique entre des indicateurs d'état de santé et le salaire ou le fait d'occuper un emploi. Pourtant, il est difficile de conclure à un impact causal de l'état de santé sur l'insertion

professionnelle. D'une part, les résultats sont très sensibles à l'indicateur retenu pour décrire l'état de santé. D'autre part, la situation par rapport au marché du travail peut avoir, elle aussi, un effet de causalité inverse sur l'état de santé, soit que le travail entraîne des problèmes de santé, soit que l'exclusion engendre une souffrance psychologique. Enfin, ce lien statistique entre état de santé et situation sur le marché du travail peut encore refléter la simultanéité des décisions d'un individu qui choisit à la fois de rechercher un emploi et « d'investir » dans sa santé (au sens d'une plus grande attention portée à la prévention, aux comportements à risques, au style de vie,...).

Certains travaux contrôlent le problème de causalité inverse en utilisant des données longitudinales. Ils montrent, en France, un effet fort de l'état de santé sur la participation au marché du travail, tant chez les bénéficiaires du RMI (un mauvais état de santé est associé à un effort de recherche d'emploi moindre) que chez les salariés (l'état de santé explique les arrêts défi-

nitifs d'activité ultérieurs). Le lien entre santé et revenu est plus discuté : les travaux menés en France dans les années quatre-vingt-dix montrent que les bénéficiaires du RMI en bonne santé retrouvent plus facilement un emploi, mais des études plus anciennes n'observent pas d'impact de la santé sur le salaire à long terme (France, années quatre-vingts). Les études étrangères n'apportent pas non plus d'éléments concluants ; elles montrent que cet effet peut varier en fonction des caractéristiques des individus (par exemple aux Etats-Unis, le sexe et la race déclarée).

Certaines études se sont centrées sur des troubles de santé peu susceptibles d'être influencés par les comportements des individus : la santé dans l'enfance, déterminée par le patrimoine génétique et les décisions des parents, ou la santé mentale. Si une meilleure santé mentale augmente effectivement la probabilité d'avoir un emploi, les résultats sont peu probants concernant la santé dans l'enfance.

Enfin, une littérature réduite étudie l'impact de l'état de santé du côté de l'employeur, pour qui l'état de santé de la personne recherchant un emploi est exogène. L'impact des effets de discrimination est controversé, mais, s'il existe, il concernerait plus les individus souffrant de troubles mentaux.

#### Assurance publique et désincitations sur le marché du travail

Le dernier élément de réflexion concerne les éventuels effets négatifs du bénéfice de la couverture maladie socialisée : le bénéfice de l'assurance sous condition de ressources peut diminuer l'attrait du travail ou des autres couvertures sur le marché, éventuellement de meilleure qualité, mais payantes.

La littérature sur ce sujet est essentiellement américaine et porte sur Medicaid, le programme d'assurance maladie des pauvres aux Etats-Unis. Plus précisément, pendant la dernière décennie, afin d'éviter que les personnes qui entrent sur le marché du travail ne perdent le bénéfice de Medicaid, les Etats ont progressivement relevé le seuil de ressources auquel on perd le droit à l'assurance gratuite. Les études montrent qu'il existe bien une

« trappe à pauvreté », puisque le relèvement du seuil augmente l'offre de travail des plus pauvres. Le problème est que l'extension de Medicaid s'est rarement produite de manière isolée, mais a fait le plus souvent partie d'un programme plus vaste de politique sociale en direction des pauvres (réduction des durées d'allocation, formation professionnelle). Les études tenant compte de tous ces programmes simultanément conduisent à minimiser fortement l'impact propre de l'assurance maladie sur la « trappe à pauvreté ».

Du côté du choix de l'assurance, les études semblent converger pour estimer qu'une partie des personnes nouvellement couvertes, suite aux augmentations de seuil de ressources d'éligibilité à Medicaid, ont bien abandonné une couverture privée, mais sans que l'on sache si cela s'est traduit par une baisse du niveau de couverture. Cet effet d'éviction serait limité, mais aurait tendance à croître à mesure que le seuil d'éligibilité augmente.

#### Une étude longitudinale et exploratoire des liens entre consommation médicale et état de santé, sur données françaises

La revue de littérature nous amène notamment à constater que la relation positive entre soins et état de santé est souvent postulée plus que démontrée. La principale explication est méthodologique : en coupe transversale, un mauvais état de santé est souvent associé à des dépenses de santé plus élevées. Afin de produire des résultats sur la causalité entre consommation de soins et état de santé, il est donc nécessaire de recourir à une approche longitudinale : pour un niveau de morbidité à un moment donné, le niveau de consommation médicale observé a-t-il une influence sur le niveau de morbidité de la période suivante ?

Pour apporter des éléments de réponse dans le cas de la France, nous avons mené une analyse originale, en regroupant plusieurs années de l'Enquête sur la Santé et la Protection Sociale<sup>3</sup> (ESPS). En contrôlant l'état de santé, nous avons étudié l'impact de la consommation de soins sur l'état de santé quatre ans plus tard. Il en ressort qu'à état de santé initial identique,

les individus qui recourent beaucoup aux généralistes ont un niveau d'invalidité moindre quatre ans après. Ce résultat est cohérent avec l'hypothèse selon laquelle les traitements médicaux, s'ils ne permettent pas de faire disparaître les maladies chroniques, limitent en revanche leur impact sur l'incapacité fonctionnelle et la qualité de vie. Les autres mesures de l'état de santé (nombre de maladies chroniques, note subjective d'état de santé auto-attribuée, note de santé attribuée par des médecins) ne semblent pas affectées par la consommation de soins quatre ans auparavant. Néanmoins, il faut garder à l'esprit qu'une période d'observation de quatre ans reste courte au regard des processus d'évolution de l'état de santé, et donc prendre ces résultats avec précaution. Il conviendra de les étayer, notamment en s'intéressant à l'apparition de certaines maladies chroniques et en examinant les données sur une plus longue période.

\* \* \*

Ces revues de la littérature et premiers travaux empiriques ont pour objectif de nourrir la réflexion sur l'impact de la complémentaire CMU sur l'emploi et à terme sur la richesse nationale. L'estimation sur données françaises suppose la mobilisation de données complexes, sur la santé, les soins médicaux consommés et les revenus d'activité, observés pour les mêmes individus à des dates différentes. L'enquête ESPS doit permettre de poursuivre les premiers travaux dans cette direction.

<sup>3</sup> Ce travail exploratoire sera publié prochainement par le CREDES.

#### Pour en savoir plus

Couffinal A., Dourgnon P., Geoffard P.-Y., Grignon M., Jusot F., Naudin F. (2002), "Rôle de la couverture maladie dans l'insertion sur le marché du travail", rapport MiRe, Delta, CREDES, disponible sur [www.credes.fr](http://www.credes.fr)

Dourgnon P., Grignon M., Jusot F. (2001), "L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? une revue de littérature", Questions d'économie de la santé n° 43, CREDES.

Bardey D., Couffinal A., Grignon M. (2002), "Trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral ex post en santé" ? Questions d'économie de la santé n° 53, CREDES.