

UNIVERSITE PARIS IX- DAUPHINE
UFR SCIENCES DES ORGANISATIONS

**CONCURRENCE EN ASSURANCE SANTE :
ENTRE EFFICACITE ET SELECTION**

THESE
pour l'obtention du titre de

Docteur en Sciences Economiques
(arrêté du 30 mars 1992)

Présentée et soutenue par

Agnès COUFFINHAL

JURY

Directrice de Thèse

Lise ROCHAIX-RANSON
Professeur à l'Université de la Méditerranée

Rapporteurs

Louis EECKHOUDT
Professeur aux Facultés Universitaires Catholiques de Mons

Carol PROPPER
Professeur à l'Université de Bristol

Jean-Charles ROCHET
Professeur à l'Université de Toulouse I

Suffragants

Louis-André GERARD-VARET
Directeur d'Etudes à l'EHESS, G.R.E.Q.A.M.

Pierre-Marie LARNAC
Professeur à l'Université Paris IX - Dauphine

Emile LEVY
Professeur à l'Université Paris IX - Dauphine

Christine MEYER
Responsable du Département Assurance Maladie
Fédération Nationale de la Mutualité Française

Septembre 1999

"L'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs".

REMERCIEMENTS

En premier lieu, je tiens ici à exprimer la gratitude que j'éprouve envers Lise Rochaix-Ranson. Sa rigueur intellectuelle et sa conception infiniment généreuse du rôle d'un directeur de thèse m'ont donné l'envie d'entamer ce parcours, l'énergie nécessaire pour le mener à terme et le désir de continuer à travailler avec elle aussi longtemps qu'elle le voudra bien.

Je tiens aussi à remercier du fond du cœur Christine Meyer et Dominique Polton qui ont, en premier lieu, joué un rôle central dans le financement de cette recherche. Ensuite, grâce à elles, j'ai pu découvrir l'univers de la santé qui m'était largement étranger. Mais surtout, leur exigence et leur ouverture d'esprit, leur approche rigoureuse des problématiques réputées techniques ou politiques, m'ont encouragée à faire le lien entre théorie et pratique et ont fait naître chez moi le désir de continuer dans cette voie.

Sans le Professeur Emile Levy et Jean de Kervasdoué, rien n'aurait été possible. Leur bienveillance à mon égard qui s'est manifestée concrètement à maintes reprises et leurs conseils éclairés m'ont été infiniment précieux.

Pour ses encouragements, son aide, mais aussi son accueil chaleureux à Toulouse, je remercie vivement le Professeur Jean-Charles Rochet.

Je tiens aussi à remercier les Professeurs Louis-André Gérard-Varet, Louis Eeckhoudt, Pierre-Marie Larnac et Carol Propper, qui ont accepté de faire partie du Jury.

Mes collègues de SANESCO et du CREDES, dont certains sont devenu des amis, m'ont soutenu avec constance et m'ont aidé à mener de front la recherche et le travail. Ils ont en outre largement contribué à faire avancer l'une et l'autre. Je tiens particulièrement à remercier ici, par ordre d'apparition, Frédéric Bousquet, Raphaël Spira et Michel Grignon.

Je suis aussi redevable de l'aide de nombreuses personnes, auxquelles je tiens à exprimer ici ma reconnaissance : Didier Blanchet, Pascale Breuil, les dauphinois, notamment Philippe Bernard et Jérôme Wittwer, Farid Gasmi, Geneviève Gégou, Emmanuelle Guihéneuf, Agnès Gramain, Laurence Hartmann, le Professeur Claude le Pen, Ronan Mahieu, Edward Norton, Frédéric Rupprecht, Véronique Seltz, Maître Bernard Servet et toutes les personnes qui ont accepté le travail, ô combien ingrat, de relire les différentes versions de cette thèse. Je suis malheureusement certaine de ne pas citer toutes les personnes qui m'ont apporté leur soutien à un moment ou un autre durant ces cinq années, mais j'espère que qu'elles accepteront mes remerciements chaleureux et sincères.

Enfin, et peut être surtout, merci tous mes proches, dont certains ont déjà été cités :

- les amis de toujours ou de longtemps qui ont su pardonner mes disparitions et qu'il me tarde de revoir autrement qu'entre deux portes,
- ceux que j'ai rencontré pendant cette période mouvementée et qui n'ont pas été effrayés,
- mes parents et ma famille,

Ils m'ont, tour à tour, soutenue, encouragée, supportée et distraite... Bruce a fait tout cela et encore plus. Tous les jours. J'espère que je pourrai le leur rendre au centuple.

Je tiens à avoir une pensée à la mémoire de mon parrain et de Mimi et une autre pour tous ceux de mes proches que je n'ai pas pu soutenir autant que je l'aurais souhaité dans les épreuves qu'ils traversent.

A Bruce,

A Mum et Tatakoko.

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE	9
------------------------------------	----------

PARTIE I : LE SERVICE D'ASSURANCE EN SANTE

INTRODUCTION	15
---------------------------	-----------

CHAPITRE 1 : PRINCIPES FONDAMENTAUX DE L'ASSURANCE	17
---	-----------

SECTION 1 : FORMALISATION DU RISQUE	18
---	----

SECTION 2 : PARTAGE DU RISQUE INDIVIDUEL	22
--	----

SECTION 3 : PARTAGE DU RISQUE SOCIAL.....	31
---	----

SECTION 4 : LE SERVICE D'ASSURANCE.....	40
---	----

CONCLUSION	47
------------------	----

CHAPITRE 2 : LE RISQUE ET LA REPARATION DU DOMMAGE EN SANTE	48
--	-----------

SECTION 1 : FACTEURS DE RISQUE ET NATURE DE L'ALÉA EN SANTÉ	49
---	----

SECTION 2 : DÉTERMINANTS DE L'UTILISATION DES SOINS	64
---	----

CONCLUSION	74
------------------	----

CHAPITRE 3 : DECLINAISON A LA SANTE DES PRINCIPES ASSURANTIELS	75
---	-----------

SECTION 1 : OBJET DE L'ASSURANCE SANTE.....	76
---	----

SECTION 2 : PRISE EN COMPTE DES COMPORTEMENTS STRATÉGIQUES PAR L'ASSUREUR	81
---	----

SECTION 3 : TARIFICATION DE L'ASSURANCE.....	92
--	----

CONCLUSION	101
------------------	-----

CONCLUSION DE LA PARTIE I.....	102
---------------------------------------	------------

PARTIE II : DE L'ANTISELECTION A LA SELECTION :
LES LIMITES A L'EFFICACITE

INTRODUCTION	104
CHAPITRE 4 : ASSURANCE PRIVEE ET ANTISELECTION : APPROCHES THEORIQUES	106
SECTION 1 : OPTIMUM ET ÉQUILIBRE AVEC ANTISÉLECTION.....	108
SECTION 2 : ANTISÉLECTION ET INTERVENTION DE L'ÉTAT	129
CONCLUSION	150
CHAPITRE 5 : ASSURANCE SANTE ET ANTISELECTION : APPROCHES EMPIRIQUES	151
SECTION 1 : LA SEGMENTATION DES RISQUES	152
SECTION 2 : LES PREDICTIONS DU MODÈLE DE ROTHSCHILD ET STIGLITZ	160
SECTION 3 : L'INTERVENTION DE L'ÉTAT.....	176
CONCLUSION	180
CHAPITRE 6 : LA SELECTION EN ASSURANCE SANTE	182
SECTION 1 : ACCES A L'ASSURANCE ET REVENU	184
SECTION 2 : ACCES A L'ASSURANCE ET SELECTION DIFFÉRENTIELLE	200
CONCLUSION	223
CONCLUSION DE LA PARTIE II.....	224

PARTIE III : CONCURRENCE ENTRE ASSUREURS
DANS LES SYSTEMES DE SANTE

**CHAPITRE 7 : FONCTIONS DE L'ASSURANCE PRIVEE
DANS LES SYSTEMES MIXTES 230**

SECTION 1 : UNE APPROCHE METHODIQUE DES ARTICULATIONS PUBLIC-PRIVÉ.....232

SECTION 2 : DÉCLINAISON DE LA TYPOLOGIE FONCTIONNELLE DE L'ASSURANCE PRIVÉE.....243

CONCLUSION269

**CHAPITRE 8 : UNE CONCURRENCE ENTRE ASSUREURS
POUR L'EFFICACITE PRODUCTIVE..... 271**

SECTION 1 : RÉGLEMENTATION DE LA CONCURRENCE : ENJEUX ET PRINCIPES273

SECTION 2 : LA PRATIQUE DE L'AJUSTEMENT AU RISQUE297

CONCLUSION DE LA PARTIE III..... 340

CONCLUSION GENERALE346

INTRODUCTION GENERALE

INTRODUCTION GENERALE

Les années récentes ont vu s'intensifier le recours à des mécanismes de marché, y compris en Europe, par des pays qui cherchent à améliorer l'efficacité de leurs systèmes de santé. Certaines réformes ont explicitement visé à introduire ou à encourager la concurrence dans l'assurance santé. Or, dans le même temps, la quasi-totalité des pays développés a cherché à maintenir ou à étendre l'accès à une couverture maladie.

On analyse traditionnellement la tendance à l'universalisation de la couverture santé comme la traduction d'une volonté politique d'améliorer la justice sociale. Dans cette perspective, en dehors de toute référence à des préférences individuelles, un certain nombre de principes intangibles déterminent les droits fondamentaux de tout membre de la société. L'Etat peut et doit intervenir pour que ces droits soient respectés. La recherche d'équité peut donc conduire à amender le principe de consentement à payer (*willingness to pay*), qui repose sur la capacité de payer (*ability to pay*) et indirectement sur la distribution des richesses. Si l'accès à certains biens permet d'établir ces droits fondamentaux, et si la capacité de payer ces biens est jugée inadéquate au regard des critères énoncés, l'Etat peut agir pour que leur distribution ne soit pas seulement fondée sur le consentement à payer.

Les soins de santé sont, parmi d'autres, des biens considérés comme relevant de ce que Tobin (1970) qualifie de principe "*d'égalitarisme spécifique*". L'assurance, qui permet à des personnes exposées à des risques d'opérer ex ante une redistribution de leur propre richesse entre différents états du monde, ne permet pas de corriger des inégalités qui peuvent être jugées socialement inacceptables dans l'accès aux soins. Ces inégalités sont de deux ordre :

- les personnes dont l'état de santé est dégradé doivent, pour se soigner ou pour s'assurer, payer plus que celles qui sont en bonne santé. Comme le soulignent van de Ven et van Vliet (1992) "*a chronically ill person would pay, say, one hundred times*

the premium of a chronically well person of the same age. In most societies that is considered undesirable¹.

- les personnes moins aisées, pour un niveau de risque donné, doivent consacrer une part plus grande de leurs ressources pour obtenir une couverture ou pour avoir accès à un traitement donné.

Il est, en réalité, difficile de distinguer ce qui est injuste au regard de l'un ou l'autre critère car la capacité d'une personne à payer des soins ou une assurance dépend de son niveau de risque relativement à son revenu. En outre, ces inégalités se conjuguent car il existe une corrélation inverse entre niveau de risque, et richesse ou classe sociale. Si l'Etat n'opère pas de redistribution, les plus pauvres se voient, en moyenne, obligés de consacrer plus de ressources à se soigner ou à se couvrir que les personnes les plus aisées.

La volonté de maintenir ou d'instaurer une assurance santé universelle obéit indéniablement à une logique de justice sociale. Sans chercher à méconnaître cette évidence, notre travail, résolument centré sur une analyse en terme d'efficacité, conforte l'idée que l'utilisation de mécanismes concurrentiels visant à améliorer l'efficacité des systèmes d'assurance maladie n'est pas incompatible avec le respect de principes d'équité.

Pour autant, il apparaît paradoxal de faire peser des contraintes fortes sur les choix des individus en généralisant la couverture maladie et, dans le même temps, de recourir à des mécanismes concurrentiels dont le succès même repose sur les arbitrages réalisés librement par des agents économiques rationnels. Lorsque la couverture est obligatoire, uniforme et socialisée, on peut s'attendre à ce que l'efficacité soit moindre que dans un système où les individus sont libres de s'assurer et de faire jouer pleinement la concurrence entre assureurs pour obtenir des services coût-efficaces.

¹ *Un malade chronique paierait, environ, cent fois la prime d'une personne en bonne santé chronique du même âge. Dans la plupart des sociétés, cet état de fait est jugé indésirable.*

L'objectif de cette thèse est de montrer que ce paradoxe n'est qu'apparent. Pour ce faire, il importe de considérer séparément efficacité allocative et productive. En particulier, on montrera que, sur le marché de l'assurance santé, l'organisation d'une concurrence porteuse d'efficacité productive nécessite de limiter les choix des assurés et des patients. Autrement dit, on relativise l'importance de l'arbitrage efficacité-équité dans le débat sur la concurrence pour mettre en lumière les termes celui qui prévaut entre efficacité allocative et efficacité productive. Nous soulignerons alors que la tendance à l'universalisation, qui relève en priorité d'une logique d'équité, s'explique, aussi, par la recherche de l'efficacité productive.

Sur le plan méthodologique, notre cadre de référence et le point de départ de nos raisonnements sont la théorie de l'assurance, dont nous explorons en détail certains aspects pertinents au regard de notre sujet. Cette démarche nous amène à proposer des clarifications et des extensions de certains modèles.

Parallèlement, nous cherchons à déterminer en quoi ces modèles permettent de rendre compte du fonctionnement de l'assurance santé. Pour ce faire, nous nous appuyons sur la littérature empirique disponible. Nonobstant la difficulté d'obtenir des informations de qualité, l'intérêt de procéder à un travail économétrique spécifique sur données françaises, dans notre perspective, aurait été limité par le fait que l'assurance privée joue, en France, un rôle marginal dans la couverture des risques liés à la santé.

En outre, la littérature empirique ne permettant jamais que d'éclairer un aspect particulier, dans un contexte institutionnel précis et à une période donnée, il nous semble intéressant d'analyser différents systèmes de santé dans lesquels l'assurance privée ou la concurrence entre assureurs est présente. Comme le soulignent Björkman et Altenstetter (1997), ces comparaisons internationales ont un objectif principal : *"to extract lessons, or more appropriately cautions and caveats about easily voiced proposals for change versus the harsh realities of politics and the inertial constraints of bureaucratic organizations"*² (pp.1). Au delà d'une perspective d'analyse en terme de politique économique, l'observation du fonctionnement des marchés permet d'alimenter

² *D'extraire des leçons, ou de façon plus appropriée, des précautions et des mises en gardes sur des propositions de réformes qu'il est facile de formuler mais qui se heurtent aux dures réalités de la politique et de l'inertie des organisations bureaucratiques.*

la réflexion théorique en conduisant à reformuler certaines interrogations et à ouvrir de nouvelles pistes de recherche.

Notre démonstration s'articule autour de trois parties.

La première vise à définir le service d'assurance en santé. Il apparaît en effet nécessaire, pour savoir quel rôle peut jouer la concurrence, de déterminer précisément les caractéristiques du service qu'un assureur peut rendre, en dehors de tout contexte institutionnel, mais en prenant en compte la nature des risques qu'il couvre et les caractéristiques du marché des soins sur lequel il intervient en tant que tiers-payeur. Nous montrons notamment comment les assureurs peuvent avoir intérêt à intervenir de façon active dans la gestion des soins et à améliorer l'efficacité de la prise en charge des personnes qu'ils couvrent.

Dans la seconde partie de ce travail, nous nous tournons vers l'étude du fonctionnement du marché du service ainsi défini et nous mettons en lumière les conditions sous lesquelles la concurrence n'est pas source d'efficacité. Nous abordons cette analyse en partant des modèles standards de la théorie de l'assurance, qui montrent qu'une asymétrie d'information sur le risque en faveur des assurés peut conduire à la disparition du marché, à cause de l'antisélection. Tout en reconnaissant que ce phénomène semble expliquer pour partie la dynamique du marché de l'assurance santé, nous sommes progressivement amenés à développer une analyse théorique qui montre comment une concurrence non réglementée, sur ce marché, génère des formes de sélection, par le risque et par le revenu. Celles-ci limitent fortement les bénéfices attendus de la concurrence en terme d'efficacité productive. Etant donnée la priorité accordée à la maîtrise des dépenses de santé, il apparaît logique que la plupart des réformes des systèmes d'assurance santé s'articulent, explicitement ou non, autour de la régulation des pratiques de sélection.

Dans la troisième partie, nous procédons à une analyse comparative des systèmes de santé et de leurs réformes. Elle nous conduit tout d'abord à mettre en évidence que l'assurance privée joue un rôle plus marginal dans les systèmes de santé que ce que les conclusions de la première partie n'auraient laissé entrevoir. L'assurance volontaire reste fondamentalement complémentaire de l'assurance publique en remplissant des fonctions différentes selon les caractéristiques de ce service public. En fait, les réformes ou les

évolutions spontanées des systèmes d'assurance traduisent l'émergence d'un consensus autour d'un mode de gestion particulier de la concurrence : celle-ci ne porte pas tant sur la fonction d'assurance que sur la gestion du risque. Une analyse détaillée de ces réformes confirme bien que, pour promouvoir l'efficacité productive, l'organisation de la concurrence nécessite de réaliser un arbitrage au détriment de l'efficacité allocative, ce qui conforte le caractère marginal de l'assurance volontaire.