

La construction d'un « marché éduqué » de l'assurance santé : une réorientation de la solidarité ?

Philippe BATIFOULIER, Victor DUCHESNE et Anne-Sophie GINON¹

Le développement de la couverture complémentaire des frais de santé en France s'accompagne d'un mouvement de grande ampleur qui consiste à promouvoir au sein de l'ensemble du champ de l'assurance maladie complémentaire des missions et des valeurs traditionnellement caractéristiques des services publics. Nous proposons de nommer « marché éduqué » cet ensemble de dispositifs juridiques qui configurent le marché de l'assurance santé, pour l'imprégner de valeurs sociales et « l'élever » à une autre forme de mutualisation plus solidaire. Ce texte repose sur une analyse bi-disciplinaire droit et économie. Il analyse la façon dont se construit ce marché éduqué et renouvelle l'intervention publique en matière de couverture santé. À partir d'une comparaison avec les États-Unis, nous montrons que le « marché éduqué » constitue une forme moderne de résolution des contradictions entre la priorité donnée au développement du marché et la tentative de préservation de la mission sociale de la couverture des frais de santé.

Le constat du développement massif de la couverture complémentaire des frais de santé en France est aujourd'hui largement partagé. Pour autant, la caractérisation de cette évolution ne fait pas consensus. S'agit-il d'un renouveau des processus de socialisation ou d'extension des droits sociaux caractéristiques des économies occidentales d'après-guerre ? D'un visage social du démantèlement de ces mêmes « État-Providence » ? La

1. Philippe Batifoulier est professeur des Universités en sciences économiques, Université Sorbonne Paris Nord, CEPN, CNRS, UMR 7234 ; Victor Duchesne est doctorant en sciences économiques, Université Sorbonne Paris Nord, CEPN, CNRS, UMR 7234 ; Anne-Sophie Ginon est professeure des Universités en droit privé, Université Nice Côte d'Azur, CREDEG, CNRS, UMR 7321.

difficulté à décrire le processus d'évolution à l'œuvre tient à la multiplicité et la complexité, volontaire ou involontaire, des réformes menées depuis les années 1980 (Pierson, 1994 ; Pollitt, Bouckaert, 2011) avec le « tournant néolibéral » (Dardot, Laval, 2010) ou la « grande bifurcation » (Duménil, Lévy, 2014).

Ainsi pour certains, le fait marquant à retenir du développement de la couverture santé est sa « privatisation » en raison de l'accroissement de la part des assurances privées dans le financement des soins. Ce processus s'est d'ailleurs généralisé en Europe depuis le milieu des années 1980 (André *et al.*, 2016 ; André, Hermann, 2009 ; Maarse, 2006). En France, le modèle de régulation choisie serait celui d'un transfert des charges de la Sécurité sociale vers les opérateurs d'assurance santé complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurance et instituts de prévoyance). Ce transfert concernerait essentiellement les soins courants, mais il n'épargnerait pas non plus les dépenses hospitalières, ni les affections de longue durée (ALD) qui peuvent conduire à des restes à charge (Rac) importants ².

Pour d'autres observateurs, ce serait un mouvement d'étatisation du système qui dominerait (Borgetto, 2003 ; Hassenteufel, Palier, 2007 ; Palier, Bonoli, 1995 ; Pierru, Rolland, 2016) en matière de protection sociale, les pouvoirs publics multipliant les interventions et les « réformes ». Le domaine de la couverture santé n'échapperait pas à cette évolution, l'intervention de l'État se traduisant à la fois par la mise en œuvre de modalités de protections complémentaires inédites, comme la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS) fusionnées aujourd'hui au sein de la « couverture complémentaire santé solidaire » (C3S), mais aussi par la création de dispositifs importants de réglementation des prestations et des activités de soins au détriment d'une gestion par les acteurs historiques du système sanitaire et social (médecins, syndicats, collectivités).

Ce texte ne cherche pas à départager ces deux conceptions, mais plutôt à les réunir. L'idée que l'État et le marché ne sont pas opposés est largement diffusée. La façon dont l'État construit ou initie un marché fait aussi l'objet de nombreux travaux (Ansaloni, Smith, 2017 ; Batifoulier, 2012 ; Juven, 2015). Nous soutenons que l'intervention de l'État dans le domaine de la couverture santé ne consiste pas seulement à libérer de l'espace pour le marché de l'assurance santé. Cette intervention va jusqu'à configurer la façon dont le mécanisme d'assurance santé doit fonctionner. Surtout, le retrait massif de la Sécurité sociale dans le financement de certaines dépenses s'accompagne d'un mouvement de grande ampleur qui consiste à promouvoir au sein de l'assurance maladie complémentaire (AMC) des missions et

2. Le Rac est la part des frais de santé après le remboursement de la Sécurité sociale.

des valeurs traditionnellement caractéristiques des services publics. Ainsi, si le marché de la couverture des frais de santé s'étend, il le fait de moins en moins librement : ce marché est désormais reconfiguré, « remodelé » pour être soumis aux impératifs d'égalité et de solidarité issus de l'État régalien et des services publics qui lui sont associés.

Nous proposons de nommer « marché éduqué » cet ensemble de dispositifs juridiques qui configurent le marché de l'assurance santé, pour l'imprégner de valeurs sociales. Nous accolons le mot « éduqué » à celui de « marché » pour identifier la volonté de développer des aptitudes considérées comme essentielles. Les dispositifs qui relèvent de ce souhait d'éduquer le marché entendent faire sortir l'assurance privée de son propre logiciel pour l'élever vers un niveau désiré de solidarité. Alors qu'une assurance privée, dans un cadre concurrentiel, a une tendance naturelle à sélectionner les risques ou à préférer les patients solvables, la nécessité sociale impose de dépasser ces règles de fonctionnement pour « l'élever » à une autre forme de mutualisation plus solidaire, lui donnant ainsi une fonction sociale. En ce sens, il s'agit de désigner des dispositifs qui jouent un rôle éducatif, le terme « marché éduqué » prenant fortement appui sur l'étymologie même du mot éduquer : *educere*, « faire sortir, élever ».

Le « marché éduqué » désigne ainsi une forme d'intervention de l'État qui entend « éduquer » le marché à la réalisation d'impératifs de solidarité. La notion de solidarité fait l'objet de nombreuses discussions et peut revêtir des sens différents selon les choix des politiques publiques. « Mettre en opposition assurance et solidarité conduit à considérer ces deux concepts sur le même plan alors qu'une différence de nature les démarque : l'assurance est une technique, la solidarité un principe » (Daniel, Tuchsirer, 1999:14). De sorte que certains énoncés juridiques peuvent mettre en œuvre différentes conceptions du principe de solidarité, et ainsi doser son degré de réalisation, son niveau en fonction des groupes assurables constitués par détermination de la loi. C'est aussi pourquoi certaines réalisations du principe de solidarité dans l'assurance santé sont les indices d'une forme de « résistance » aux principes du marché, une façon de dessiner des compromis face aux libertés contractuelle et d'entreprendre (Supiot, 2010).

C'est pour prolonger cette réflexion que ce texte s'interroge sur les valeurs de solidarité mises dans le marché, et non pas hors du marché ou contre le marché. L'éducation à la solidarité mise en œuvre par des dispositifs juridiques qui s'adressent à des opérateurs qui agissent sur un marché est l'une des caractéristiques importantes du fonctionnement de la couverture complémentaire santé. Dans ce champ d'assurance, le marché est en effet « missionné » pour offrir une plus grande solidarité entre les populations assurées. L'intervention de l'État se traduit alors par l'exportation de valeurs sociales au sein des techniques d'assurance, usuellement dominées

Encadré

**Distinguer les types d'assurance santé :
une pénurie de vocabulaire ?**

En économie, le vocabulaire et le référentiel théorique de l'assurance santé viennent essentiellement des États-Unis et distinguent assurance santé privée et assurance santé publique. L'analyse du droit français nécessite de recourir à un vocabulaire moins binaire, et surtout plus fin, dès lors qu'on doit pouvoir saisir les « formes hybrides » d'imbrication qui existent entre assurance maladie obligatoire (AMO) et complémentaire (AMC). La Sécurité sociale est elle-même un objet hybride, puisqu'elle est juridiquement un organisme de droit privé, qui s'est vue confier des missions de service public, et comporte en son sein plusieurs régimes d'affiliation à l'assurance maladie.

Quant aux opérateurs intervenant sur le marché de l'assurance maladie complémentaire, ils sont eux aussi pluriels et distincts (institutions de prévoyance et mutuelles ne poursuivant pas de but lucratif). Il peut être décevant de traiter sur un même plan ces trois types d'organismes d'assurance complémentaire, car ce texte ne propose pas de les distinguer. Il est en outre difficile de les distinguer, alors que les dispositifs juridiques étudiés sont indifférents au statut de l'opérateur.

S'ajoutent à cette complexité institutionnelle les marges de manœuvre dont disposent les États membres pour construire leur choix en matière de systèmes de protection sociale en Europe. L'assurance publique peut ne pas être obligatoire (comme en Allemagne pour les hauts revenus), et l'obligation de souscrire une couverture complémentaire santé sur le marché peut l'être (comme en France pour les contrats collectifs des salariés de droit privé). On ne peut donc pas distinguer les opérations d'assurance à partir de leur caractère obligatoire ou facultatif. Il n'est pas possible non plus d'utiliser la distinction entre contrat individuel et contrat collectif dès lors que les contrats collectifs d'assurance santé sont gérés par les organismes complémentaires pour le compte des entreprises.

Au total, en matière d'assurance santé, le vocabulaire traditionnel et historique est devenu inopérant pour saisir les évolutions récentes. La distinction secteur public/secteur privé, parce qu'elle a un sens dans les comparaisons internationales, semble être ici, et pour le besoin de l'étude du « marché éduqué », le moins mauvais choix.

par les valeurs de libre concurrence ainsi que la recherche de rentabilité (Batifoulier, Ginon, 2019). Si on peut identifier cette forme d'intervention étatique, elle reste néanmoins très intrigante, car elle ambitionne d'introduire des motivations non marchandes dans le « logiciel » de l'assurance, et questionne ainsi la place de l'État quand il « délègue » la réalisation de ses devoirs de protection de la santé en renonçant presque à les porter lui-même.

Ce travail propose une analyse juridique des dispositifs de « marché éduqué » tout en mobilisant un cadre économique. Il s'appuie principalement sur le cas français, mais il fait aussi référence aux États-Unis comme point de comparaison. Sans qu'ils soient satisfaisants et adaptés au cas français, nous utiliserons les termes d'« assurance publique » pour désigner la Sécurité sociale et d'« assurance privée » pour désigner les assurances santé complémentaires (voir encadré).

Dans la première partie, nous cherchons à identifier les dispositifs juridiques, les mécanismes, et leur articulation, pour comprendre ce qui permet aux pouvoirs publics de combiner les avantages du marché concurrentiel avec la poursuite d'un objectif social de meilleure couverture sanitaire. Ces dispositifs sont récents et révèlent une nouvelle forme d'intervention publique en matière de couverture santé. Dans la deuxième partie, nous montrons comment le « marché éduqué » renouvelle la politique publique de soutien à l'assurance santé privée, tant en France qu'aux États-Unis. Le « marché éduqué » constituerait ainsi la forme moderne de résolution des contradictions entre le choix fait pour le marché et la préservation de la mission sociale de la couverture des frais de santé.

I. La construction d'un « marché éduqué » : logiques économiques et dispositifs juridiques

Le recours à des espaces laissés au marché en matière de couverture des risques sanitaires n'est en soi pas nouveau, puisque dès 1947 les mutuelles ont été autorisées à prendre en charge les dépenses de santé non couvertes par la Sécurité sociale. Mais cet espace de prévoyance qui s'est constitué en la forme d'un deuxième pilier, dit « complémentaire » au premier, s'est massivement déployé à partir des années 1990. Autrement dit, les assurances maladie complémentaires dont la figure juridique est bien ancrée dans le paysage sanitaire français agissent désormais de concert avec les régimes d'assurance maladie obligatoire (AMO). La nouveauté se situe désormais dans la recherche quasi-incessante des pouvoirs publics « d'adapter » ce marché à la réalisation des objectifs sanitaires et sociaux, qui étaient autrefois l'apanage de l'AMO. Les impératifs d'égalité et de solidarité imposés par l'État à l'assurance maladie complémentaire (AMC) ont dans un premier temps concerné des publics cibles, souvent les plus précaires, pour s'adresser aujourd'hui à l'ensemble de la population.

1.1. Instituer une couverture santé pour les plus vulnérables tout en généralisant celle des salariés de droit privé

Mettre en œuvre un principe de solidarité au sein de l'AMC a nécessité une intervention protéiforme de l'État, à travers aussi bien le pouvoir

réglementaire que la création de mécanismes financiers de type incitatif. Permettre à différentes catégories de la population exclues, en raison de leur trop faible capacité à payer ou de leurs caractéristiques personnelles (âge, pathologie lourde, besoins spécifiques, etc.), de pouvoir entrer sereinement sur le marché de l'AMC, et ainsi souscrire un contrat complémentaire, tel est le constant défi auquel doivent répondre les pouvoirs publics. Autrement dit, il s'agissait de trouver, par tous les moyens, des mécanismes juridiques pour limiter, voire corriger les effets négatifs d'exclusion induits par le fonctionnement attendu des règles applicables au marché de l'assurance, pour le rendre compatible avec l'impératif de solidarité. Il fallait en quelque sorte « faire comme si » l'AMC pouvait servir et réaliser les mêmes objectifs que l'AMO, tout en utilisant les mécanismes du marché applicables au secteur de l'assurance complémentaire.

Si le législateur a progressivement cherché à couvrir toute la population en généralisant un panier de soins « solidaire et responsable », c'est avec la protection des plus précaires que ce mouvement a débuté (CMU en 1999). Si ces dispositifs se sont étendus, ils sont initialement motivés par la nécessité de couvrir les plus vulnérables face aux défauts de couverture de la Sécurité sociale.

On trouve dans l'ordre du droit deux grands types de dispositifs : ceux qui s'intéressent à l'accès au marché de l'assurance, et ceux qui traitent du contenu des dépenses prises en charge, c'est-à-dire ceux qui traitent des garanties contenues dans le contrat d'assurance.

En premier lieu, c'est l'identification d'une population dans l'incapacité d'acheter une couverture complémentaire santé qui a conduit les pouvoirs publics à multiplier les efforts en créant des dispositifs d'aides à l'achat de contrats d'assurance : CMU-C en 1999 auquel s'est ajouté le « chèque santé » avec l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), et encore récemment avec la mise en place d'un dispositif fusionné de « couverture complémentaire santé solidaire » (CCSS). Du point de vue de la gratuité dans l'accès, ce dernier mécanisme est un peu différent des précédents, puisque désormais une partie de la population devra, pour être éligible et donc couverte, s'acquitter d'une participation financière « contributive » variable selon l'âge³. L'objectif affiché est de favoriser les personnes âgées modestes qui devraient pouvoir bénéficier d'une couverture complémentaire d'un montant environ de 1 euro par jour ainsi que les personnes handicapées bénéficiaires de l'ACS qui pourront désormais accéder à une prise en charge intégrale (et non partielle) de certains dispositifs médicaux spécifiques (fauteuils roulants, béquilles, sondes...). À ce mouvement ciblé

3. Cette participation financière s'élève à 8 euros par mois pour les assurés âgés de 29 ans et moins, à 14 euros par mois pour ceux âgés de 30 à 49 ans, à 21 euros par mois pour les 50-59 ans, à 25 euros par mois pour les 60-69 ans et à 30 euros par mois pour les 70 ans et plus.

d'aides à l'achat de contrats d'assurance s'est ajoutée la loi de 2013 qui a, à l'inverse, généralisé l'accès à un contrat de couverture complémentaire santé à l'ensemble des salariés de droit privé. L'employeur est désormais tenu de prévoir une couverture complémentaire santé, pour laquelle des règles d'accès et de financement ont été élaborées. Cependant, pour protéger les individus en marge de l'emploi, les pouvoirs publics ont progressivement aménagé les règles de rupture des contrats de couverture complémentaire santé. On notera que des dispositifs spécifiques ont été ainsi adoptés pour les « sorties de contrats », sortie de groupe, mais aussi des dispositifs aidés, avec des limitations tarifaires en faveur des retraités, ou encore avec la création de dispositifs de portabilité, voire des possibilités de maintien en faveur des chômeurs indemnisés.

En deuxième lieu, les pouvoirs publics se sont intéressés aux garanties offertes dans les contrats de couverture complémentaire santé. Ont même été progressivement créés des dispositifs pour déterminer le niveau des garanties et des prestations à couvrir. Le législateur a cherché à orienter les aides fiscales et sociales vers la souscription de contrats de couverture santé complémentaire « solidaires et responsables », en organisant un paramétrage de plus en plus fin des prestations et des niveaux de garantie offerts dans ces contrats (Ginon, 2017a). Différents « cahiers des charges » ont ainsi été élaborés pour déterminer un panier de soins minimal, accompagné de limitations tarifaires, et même de plafonds de prise en charge. Les opérateurs de l'AMC sont ainsi incités à proposer des contrats responsables « socles », qui comprennent un panier de soins minimum déterminé par le pouvoir réglementaire. Ces « cahiers des charges » fixent alors un niveau de garanties obligatoires : prise en charge du ticket modérateur pour les consultations chez un professionnel de santé, de certains médicaments ou encore d'analyses médicales et de prestations de santé publique, etc. Les équipements d'optique et l'achat de certains matériels dentaires et auditifs font partie du panier de soins 100 % Santé pour lequel les restes à charge doivent être intégralement couverts.

Si la pratique de cahier des charges minimal ou de panier socle s'est généralisée, elle concerne prioritairement les plus vulnérables. L'AMC doit ainsi participer à l'effort de couverture de tous, sans mettre en place un « marché des pauvres », dans lequel pourraient primer les objectifs commerciaux avec des couvertures dégradées ou *low cost*. Couvrir l'ensemble de la population à l'aide d'un socle de garanties, tel est désormais l'objectif « partagé » de l'AMO et de l'AMC, cette dernière devant parvenir, dans l'espace libre du marché, à corriger les effets sélectifs de ce dernier. L'accès de tous à une offre d'assurance ainsi que la baisse du niveau des Rac sont des objectifs désormais communs à toute offre d'assurance qui s'imposent à tous les opérateurs de la couverture santé, qu'ils interviennent dans l'AMO

ou dans l'AMC. Cette adhésion à des valeurs communes ne va pourtant pas de soi et imprime désormais, au sein du marché, des valeurs inédites d'égalité et de solidarité.

1.2. Développer la responsabilité sociale des assureurs envers tous les patients

L'assignation d'un objectif social à l'AMC ne vise pas uniquement les patients les plus vulnérables, mais concerne désormais l'ensemble des patients. Le souci de limiter le renoncement aux soins en améliorant la couverture des frais de santé (réduction du Rac) a conduit à l'adoption de nombreux dispositifs juridiques. Ces dispositifs, qui présentent la particularité inédite de chercher à s'adapter aux évolutions du marché et à la demande sociale, se font en outre de façon de plus en plus précise. Les pouvoirs publics ont en effet opté pour la création de listes « quasi-millimétriques » de détermination des dépenses remboursables dans les contrats responsables. Ces listes définissent chacun des paramètres de l'offre d'assurance (sauf le prix et hors C3S) qui sera éligible à la qualification de « contrats solidaires et responsables » : tarifs de remboursement, liste des dépenses de santé à couvrir ou à exclure de la garantie, niveau de garantie, prix plafonnés, etc., sont autant d'indicateurs que livrent désormais les cahiers des charges des « contrats responsables ». Ainsi par la mise en place de ces outils, les pouvoirs publics veillent à ce que le marché de l'AMC garantisse un niveau de couverture qu'ils estiment satisfaisant au regard de la prime ou de la cotisation payée par les assurés. La solidarité nationale s'exprime désormais non pas par des transferts ou des prises en charge par l'État, mais par l'incitation à ce que l'ensemble des opérateurs se comportent selon une « norme » définie par avance, norme qui est estimée « juste » dans le rapport de proportionnalité entre le niveau de couverture acheté et l'investissement financier requis auprès de l'assuré. Le droit n'y est qu'incitatif dans la mesure où il n'entrave pas la liberté des opérateurs de l'AMC qui gardent toujours la possibilité de construire des offres différentes, des contrats d'assurance « non responsables », mais il cherche néanmoins à orienter la production des contrats d'assurance vers des offres solidaires et responsables d'usage des soins. On a en effet vu en 2004 naître l'idée selon laquelle les contrats responsables pourraient participer à la réalisation d'objectifs de santé publique.

L'idée n'était pas uniquement d'empêcher des prises en charge excessives par les contrats d'assurance, mais aussi de favoriser le remboursement de certaines dépenses jugées « utiles ». Les garanties offertes dans les contrats d'assurance devaient « faire sens ». Ainsi, les dépenses couvertes devaient être au service de dépenses respectueuses des objectifs sanitaires et sociaux, fixés par la puissance publique. Progressivement, les textes se

sont enrichis d'un « ordre public incitatif » (Borgetto, Lafore, 2019) qui est allé jusqu'à définir positivement une liste et un niveau de garanties, comme des exclusions de prises en charge souhaitables (les dépassements d'honoraires, les franchises médicales), ainsi que des prestations positives pour répondre aux besoins sanitaires de la population. S'il est certain que l'un des objectifs du « contrat responsable » est de lutter contre le nomadisme médical, le dispositif entend faire adhérer l'AMC aux valeurs portées par l'AMO. Les assureurs sont incités financièrement (par des déductions fiscales) à être responsables et à suivre les recommandations du législateur. Ils sont incités à ne pas couvrir certaines dépenses au nom de la quête de responsabilité et sont en même temps associés à la prise en charge de certaines dépenses qui sont jugées « utiles ». Le secteur de l'AMC apparaît donc comme profondément transformé : il doit être au service d'objectifs d'intérêt général similaires à ceux portés par l'AMO (Ginon, 2017b). Et parce que cette adhésion aux valeurs du service public n'est pas naturelle pour le marché, elle est désormais incitée, et même dans certains cas, obligée (lorsqu'il s'agit par exemple de couvrir collectivement des salariés dans une entreprise).

À cette complémentarité entre l'AMO et l'AMC dans les objectifs poursuivis, s'ajoute également une substitution de l'AMC à l'AMO dans la réduction du Rac. En effet, les organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam) se sont vus doter d'outils de gestion du panier de soins remboursés (notamment pour solvabiliser les pratiques tarifaires excessives). Cette stratégie de substitution est pleinement mise en œuvre dans le cadre de la politique du « Rac 0 » aux termes de laquelle le Rac est défini après remboursement cumulé de l'AMO et de l'AMC, et non plus seulement par la seule AMO. Se constitue ainsi une stricte continuité pour l'assuré entre les deux formes de couverture. Alors qu'historiquement elles s'opposaient, désormais elles se cumulent en matière de couverture des frais de santé. Le niveau de couverture des dépenses de santé contre lequel on s'assure aujourd'hui est en fait la somme des dépenses prises en charge par les deux techniques de mutualisation, aussi bien la partie AMO que la partie complémentaire issue de l'AMC.

En synthèse, on retiendra combien les opérateurs de l'AMC ont été invités à participer à la réalisation d'impératifs sociaux tenant au respect des exigences d'égalité et de solidarité, jusqu'ici traditionnellement portées par l'AMO. L'accès de tous aux soins comme le devoir de faire un usage responsable des ressources collectives sont en effet inscrits dans les principes législatifs de l'AMO ⁴. Les pouvoirs publics cherchent à la fois à bénéficier

4. Voir art L. 111-1 du Code de la Sécurité sociale : « La Sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale », et l'art. L. 111-2-1 du même code : « La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de la prise en charge des frais de santé assurée par la sécurité sociale. La protection contre le risque et les conséquences de la maladie est

de la responsabilisation du consommateur induite par les règles du marché, mais aussi à « responsabiliser » le marché lui-même. En effet, si le marché peut responsabiliser théoriquement les consommateurs, il doit également corriger son propre logiciel pour devenir « socialement responsable ».

II. Accompagner le développement du marché de l'assurance santé par la poursuite d'un objectif social de responsabilité

L'importation des techniques commerciales de l'assurance dans le secteur de la santé a toujours fait l'objet de nombreuses critiques et/ou résistances. Pour le modèle économique canonique de l'assurance, la prise en charge du risque doit être rentable. La technique de mutualisation s'appuie sur le calcul de probabilités. La mutualisation porte alors sur l'aléa individuel, et l'assureur va chercher à paramétrer le contrat d'assurance à partir des caractéristiques communes à un groupe d'assurés. Si la mutualisation est commune à toutes les formes d'assurance, obligatoire comme complémentaire, publique comme privée, la recherche de rentabilité lui donne une teneur commerciale. La contributivité inhérente à cette conception s'exprime dans la neutralité actuarielle et l'équivalence entre le reçu et le rendu.

Cette conception de l'assurance s'applique à toutes les formes de produits et/ou de comportements à assurer. En ce sens, l'assurance santé est un espace de lucrativité parmi d'autres. Cette conception est largement contestée en raison de l'objet même de cette activité : la protection de la santé des individus. Ainsi, l'assurance santé aurait pour certains une nature différente de celle de l'assurance automobile ou de l'assurance habitation. La critique met également en avant la fonction éthique et politique à laquelle doit répondre l'assurance santé. D'un point de vue éthique, le désir commun de repousser la mort le plus longtemps possible ou que chacun, quel que soit son revenu, ait accès aux soins pour participer à la vie sociale, obligent à couvrir les risques financiers liés à la maladie, indépendamment des risques individuels encourus par la personne. Or, les techniques utilisées par l'assurance privée, quand elles ne sont pas interdites, ont un fort penchant à œuvrer à la sélection des risques.

D'un point de vue politique enfin, une assurance santé a pour objectif de protéger et de consolider la sécurité sanitaire collective grâce à la souscription d'une couverture contre la réalisation des accidents individuels et

assurée à chacun, indépendamment de son âge et de son état de santé. Chacun contribue, en fonction de ses ressources, au financement de cette protection. L'État, qui définit les objectifs de la politique de santé publique, garantit l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire. En partenariat avec les organisations représentatives des professionnels de santé et les associations agréées en application de l'article L. 1114-1 du CSP, les organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie concourent, dans les conditions prévues à l'article L. 1411-2 du CSS, à la mise en œuvre de la politique nationale de santé définie par l'État. Chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'assurance maladie. »

des aléas sanitaires. Elle participe à un objectif d'équité verticale au sein de laquelle la contribution est fondée sur les moyens de chacun, ce qui n'est pas le cas pour une assurance marchande. Elle doit préserver l'objectif d'équité horizontale (prestations versées selon les besoins) alors que dans une logique marchande, les prestations versées sont connectées à la capacité de paiement.

Le développement du marché de l'assurance santé fait ainsi l'objet de nombreuses critiques. Il existe une abondante littérature sur son caractère inégalitaire. La couverture santé par le marché serait peu redistributive entre les hauts et les bas revenus (Barlet *et al.*, 2019). En France, l'AMO est financée de manière progressive (impactant davantage les hauts revenus) et l'AMC de manière dégressive. Le degré de couverture par le marché dépend des revenus, et non du risque alors que les besoins de soins sont souvent concentrés sur les plus modestes. L'existence d'un gradient social des états de santé devrait pourtant privilégier le besoin de couverture vers les plus faibles revenus. Le développement de l'assurance santé privée peut alors être préjudiciable pour la santé publique en provoquant du renoncement aux soins, notamment pour les soins essentiels (Batifoulier, 2014 ; Batifoulier *et al.*, 2018).

C'est dans ce contexte de débats que se développent les dispositifs juridiques de mise en place d'un « marché éduqué ». Le marché est invité à s'orienter vers des logiques sociales. Cette réorientation du marché est donc motivée par les problèmes d'accès aux soins, mais aussi par la contrainte budgétaire. Ainsi, aux États-Unis, c'est l'inflation des coûts accompagnant l'ambition de couverture universelle qui a obligé à réglementer le marché et à l'orienter vers des dispositifs plus solidaires. Le « marché éduqué » serait le moyen de « policer » le marché sans pour autant céder à l'instauration d'un modèle de payeur unique sur le modèle des pays européens (II.1). En France avec un contexte institutionnel différent, le « marché éduqué » reformule la problématique de la segmentation des risques entre Sécurité sociale et assurance complémentaire (II.2). Dans les deux cas, les dispositifs du « marché éduqué » en appellent à la responsabilité individuelle et servent le développement d'espaces pour le marché.

II.1. Un développement encadré du marché de l'assurance santé : le cas des États-Unis

La dépense publique n'a pas bonne presse. Pour autant, vouloir la réduire ne signifie pas forcément la supprimer. En matière de santé, les besoins sont largement involontaires et l'achat de biens et services de santé ne relève pas de l'« achat plaisir » (Hodgson, 2008). Aussi la réduction de la dépense publique se traduit par l'augmentation de la dépense privée. En France, le retrait de la Sécurité sociale induit le plus souvent un

développement de l'assurance privée (AMC). Le transfert de charge du public vers le privé s'observe alors principalement sur les soins courants (soins les plus fréquents, hors hôpital et hors affections de longue durée). Dans la mesure où pour la grande majorité de la population, posséder une assurance santé privée (comme une mutuelle) n'est pas un luxe, mais relève des dépenses nécessaires, la baisse attendue des prélèvements obligatoires publics se traduit mécaniquement par une hausse des primes d'assurance privée qui fonctionne comme un « prélèvement obligatoire privé ».

Dans cette argumentation, le marché de l'assurance santé se justifie par défaut. Son principal attrait est de ne pas être de la dépense publique. Cet argument qui est largement développé fait pourtant l'objet de larges contestations (Da Silva, 2017 ; Streeck, 2014 ; Tinel, 2016). Aussi la justification de l'assurance santé a besoin d'une positivité propre. Il s'appuie alors sur un registre de justifications qui met en avant la responsabilité individuelle. L'assurance santé privée serait supérieure à l'assurance publique, parce qu'elle serait de nature à inciter les individus à adopter des comportements plus économes dans leurs choix et dépenses en soins. Elle les éduquerait.

L'argument a été légitimé et popularisé par la théorie économique standard de l'assurance. Cette approche qui vient des États-Unis et s'imprègne du contexte étasunien considère que le simple fait d'avoir une couverture santé peut provoquer de la consommation inutile de soins. L'assurance serait donc en elle-même une source de gaspillage. L'argument parfaitement rodé vient directement de la théorie économique des marchés : avec une assurance santé, on ne paye pas le prix réel des soins, ce qui équivaut aux yeux des patients à rendre le soin gratuit ou peu cher. Or, on achète plus quand ce n'est pas cher : on consomme plus de soins en étant bien assuré, particulièrement si on assimile le patient à un consommateur rationnel qui va chercher son intérêt en toutes circonstances. L'assurance santé est alors dénigrée parce qu'elle provoque du soin inutile au sens où il n'améliore pas l'état de santé (Newhouse, 1993 ; Pauly, 1968). C'est le patient irresponsable qui est incriminé : quand il est bien couvert, il omet les efforts de prévention, il est peu regardant sur les prix des soins, il fait des réserves de médicaments et se rue sur le progrès technique disponible, même s'il n'est pas nécessaire. Ce sont les assureurs qui paient pour l'irresponsabilité des patients. Ils ont donc intérêt à ne pas proposer des couvertures complètes, et à préserver un reste à charge pour l'assuré.

Une telle critique est celle de l'assurance santé dans son ensemble. Elle vaut aussi bien pour l'assurance publique que pour l'assurance privée. Mais c'est surtout l'assurance publique qui est visée. D'une part, quand l'assurance est publique, le surcoût engendré par l'irresponsabilité du patient est pris en charge par les finances publiques et diminue mécaniquement les dépenses que l'on pourrait affecter à l'éducation ou au logement. Une

assurance santé publique généreuse n'est donc pas source de bien-être, mais au contraire altère le bien-être collectif. D'autre part, les assurances privées, précisément parce qu'elles ont la capacité de sélectionner les risques, sont plus compétentes pour internaliser le coût social du comportement de l'assuré en spécifiant les polices d'assurance en fonction du risque. Le renoncement aux soins est le but recherché et les assurances privées sont les mieux placées pour l'organiser.

Cette conception a fait l'objet de nombreuses critiques théoriques comme de réfutations empiriques ⁵ (Batifoulier, 2015a, 2015b ; Nyman, 1999, 2008 ; Stone, 2011). Elle n'en reste pas moins dominante, et s'est imposée comme conception de référence dans le débat public.

Ainsi aux États-Unis, elle est régulièrement convoquée pour faire échec à toute tentative d'extension de couverture publique aux millions d'Américains qui en sont dépourvus, du plan Truman de 1945 à la réforme Obama (Gladwell, 2005). Les conceptions des économistes *mainstream* entrent en résonance avec les intérêts des assureurs pour promouvoir le libre jeu du marché et imputer le coût du système de santé américain à l'accroissement artificiel de couverture du fait d'une assurance santé moins chère.

Cela a conduit, dans les années 1970, 372 économistes de la santé à demander, dans une pétition, l'abrogation de l'« *employee insurance tax subsidy* » qui permet de rendre l'assurance santé d'entreprise moins chère sous forme de réductions d'impôts qui allègent les contributions des employeurs et des salariés . La « subvention » qui relève du *fiscal welfare* a été interprétée comme une réduction artificielle du prix de l'assurance qui accroît artificiellement la demande de soins (Feldstein, Friedman, 1977 ; Pauly *et al.*, 1991) ⁶.

Une telle approche a été exprimée à de nombreux épisodes de l'histoire de la protection santé aux États-Unis, et des économistes (Pauly *et al.*, 1995) sont venus rejoindre le cortège d'intérêts privés pour mettre à distance l'instauration d'une assurance publique sur le modèle européen ⁷.

-
5. Les contestations théoriques ont mis en avant que l'assurance santé relevait davantage d'un effet revenu que d'un effet prix. Elle permet de redistribuer du revenu vers les malades et uniquement vers eux pour qu'ils puissent consommer du soin. Il est dorénavant acquis, au sein même de la théorie économique standard, que l'individu rationnel n'a pas de prise avec la réalité : le malade angoissé n'a rien à voir avec le consommateur rationnel et souverain. On ne reste pas volontairement une journée de plus hospitalisé parce que c'est gratuit. On ne subit pas une opération chirurgicale parce qu'elle est gratuite. Sur le plan empirique, de nombreuses études ont montré que le renoncement organisé aux soins pour raison financière réduit la consommation des soins essentiels et pas seulement du « superflu ». Internaliser le coût des soins au nom de la responsabilité a un effet négatif sur la santé individuelle et collective (par exemple, Chandra *et al.*, 2010 ; Dourgnon *et al.*, 2012).
 6. John Nyman (2007), qui deviendra l'un des plus grands détracteurs de cette conception, souligne que la force conventionnelle de la théorie était telle que lui-même a signé la pétition.
 7. Pour Lepont (2016), c'est la domination de l'approche néoclassique sur les théories institutionnalistes en économie qui explique une large part de la conversion du Parti démocrate aux revendications des assurances privées. Les micro-économistes de la santé ont été reconnus comme experts légitimes par les Démocrates comme ils l'étaient pour les Républicains.

Les syndicats comme l'American Federation of Labor - Congress of Industrial Organizations (AFL-CIO) ont été les défenseurs de cette forme d'assurance santé d'entreprise pour se poser, avec les employeurs, comme les acteurs des régimes de prévoyance devenus ainsi incontournables dans le *trade-off* permanent entre augmentation des salaires et couverture santé (Gay, Sauviat, 2019). Au nom de la défense de leurs prérogatives et pour sauvegarder les avantages sociaux qu'ils offrent à leurs membres, une grande partie des syndicats continuent globalement à s'opposer à l'instauration d'un modèle de payeur « à l'européenne ».

La coalition d'intérêts s'adosse aussi sur les médecins qui valorisent l'orientation technique de la médecine (au détriment de la prévention), et qui est profitable aux compagnies d'assurance. Celles-ci ont orienté les patients vers les soins les plus coûteux avec le soutien de grandes fondations (Carnegie et Rockefeller) qui ont soutenu financièrement la médecine de pointe pour apparaître comme des bienfaiteurs (Tanti-Hardouin, 2011). La « crise des coûts » a fragilisé la coalition entre l'American Medical Association (AMA) et les assureurs. Ces derniers ont voulu mieux contrôler les dépenses grâce au *managed care*, mais sans pour autant rompre avec le fondamentalisme assurantiel. Comme le souligne Hacker (1998), du fait de la « dépendance au sentier », les coûts du changement augmentent au fil du temps. Plus le marché de l'assurance privée est devenu gigantesque, plus il s'est verrouillé et est devenu impossible à changer. L'Obamacare (ou Affordable Care Act, ACA) promulgué en 2010 n'a pas radicalement modifié l'emprise du marché sur l'assurance santé, mais a développé des dispositifs de « marché éduqué ». Les régimes publics ont été sollicités avec une extension de Medicaid pour ceux dont les revenus sont en deçà de 133 % du seuil de pauvreté fédéral. Mais c'est surtout du côté de l'assurance privée que la réforme s'est exprimée. L'éducation du marché à la solidarité s'est traduite par l'obligation de couvrir 10 besoins essentiels à l'aide d'un panier minimal. Rendre le marché plus perméable aux logiques de solidarité oblige aussi à limiter la sélection des risques. L'une des mesures notables est l'interdiction faite par la loi aux assureurs de refuser d'assurer un client, quel qu'en soit le motif, et en particulier du fait de son état de santé. Les barrières mises à la sélection des risques se sont aussi traduites par l'impossibilité de demander des primes supplémentaires pour raisons médicales, par un plafonnement des remboursements ou des règles nouvelles de résiliation du contrat qui empêchent d'invoquer des raisons liées à l'état de santé ⁸.

L'ensemble de ces mesures s'inscrit dans une perspective de réduction des coûts par l'accentuation de la concurrence, et la limitation de

8. Pour plus de détails, voir les articles d'apRoberts et Beaussier (dans ce numéro).

l'augmentation annuelle des primes d'assurance en demandant aux assureurs de justifier cette augmentation.

Un dispositif fiscal a en outre introduit une taxe sur les contrats les plus chers nommés « Cadillac Plans », qui s'adressent en particulier aux plus aisés dans le cadre de l'entreprise. L'objectif est que la qualité de la couverture puisse être mieux répartie sur l'ensemble de la population.

La volonté d'« orienter » le marché de l'assurance santé américain vers davantage de solidarité n'est pas nouvelle. Elle traverse l'histoire du pays. Sa spécificité est de vouloir améliorer le système privé, plutôt que d'étoffer le système public. C'était le cas du projet Clinton en 1993-1994. C'est le cas de l'ACA qui s'inscrit dans une perspective politique de conversion du Parti démocrate au marché et de meilleure maîtrise des rouages parlementaires pour négocier des accords avec les adversaires républicains (Beaussier, 2016). La philosophie de la réforme repose sur la croyance qu'un marché régulé et éduqué peut être plus efficient qu'un système public. Non seulement il conduit à davantage d'accès aux soins, mais (et peut-être surtout), il fait baisser les coûts des dépenses de santé. Le système n'est pas seulement insoutenable socialement en excluant des soins une large partie de la population, il l'est aussi financièrement du fait de la hausse incontrôlée des prix (Parel, 2018). Comme le soulignent Gay et Sauviat (2019), l'ACA et ses développements ont permis de maintenir le système privé de protection sociale « au prix d'une extension sans précédent du rôle du gouvernement dans son financement et dans sa réglementation ».

II.2. Le cas français : de la segmentation des risques au « marché éduqué »

En France aussi, les dispositifs de « marché éduqué » sont un témoignage de la conversion des gouvernements aux théories du marché. Les intérêts des assureurs privés à but lucratif sont exprimés par le patronat qui affiche son hostilité au monopole de la Sécurité sociale, et revendique le droit pour l'assurance complémentaire d'intervenir dès le premier euro de remboursement (Pierru, 2007). Les intérêts des assureurs ont trouvé un relais dans le monde de la recherche académique pour diffuser une culture de l'assurance favorable à la responsabilisation financière du patient ainsi qu'au retrait de l'État social (Ewald, Kessler, 2000).

De telles conceptions, qui s'expriment de longue date, ont été relayées par des économistes de la santé à forte audience, principalement dans le sillage de la Toulouse School of Economics (TSE), qui développe une approche cherchant à identifier les dispositifs optimaux pour inciter l'assuré à réduire son recours aux soins. Ces options théoriques occupent une position hégémonique, et apparaissent fréquemment dans les notes et rapports du Conseil d'analyse économique et environnemental (CAE), comme le

souligne Angeletti (2009), de façon « à clôturer les bornes du débat économique légitime et les termes dans lesquels celui-ci peut être investi ».

Cependant, on le sait, le contexte institutionnel français est bien différent de celui des États-Unis. En France comme aux États-Unis, la contrainte budgétaire sature le débat public. Mais l'accent est moins mis sur la non-assurance que sur le problème de la multi-assurance : le fait que l'assurance complémentaire s'ajoute à la Sécurité sociale est de nature à détruire toute incitation à l'effort. Le ticket modérateur ne modère rien du tout s'il est pris en charge par les assurances complémentaires. Une telle position est clairement exprimée par Jean-Jacques Laffont, l'un des fondateurs de la TSE, selon lequel « il est important d'empêcher les individus de souscrire une assurance complémentaire qui détruirait toutes incitations à l'effort. C'est pourtant ce que l'on laisse faire pour l'assurance maladie » (Laffont, 1998:1498).

L'assurance santé privée est alors critiquée parce qu'elle s'inscrit dans la continuité de l'assurance publique. Son caractère « complémentaire » est peu propice à « responsabiliser » le patient si les tickets modérateurs, les forfaits, ou encore les franchises médicales et les dépassements d'honoraires sont pris en charge par les assurances privées. De plus, l'existence pour les mêmes soins d'une AMO et d'une AMC est perçue comme coûteuse dès lors qu'elle duplique les frais de gestion. Le mot d'ordre est donc d'organiser la séparation des prises en charge. Une solution simple serait de supprimer un type d'assurance, l'assurance publique *versus* l'assurance privée. Si le monopole d'une assurance privée est parfois considéré comme la meilleure solution (Jeancourt-Galignani, 2014), la suppression de la Sécurité sociale présente des coûts politiques et sociaux trop importants.

Actuellement, l'option qui est étudiée réside dans la séparation des risques, dans l'opération de partage entre un « petit » et un « gros » risque. Cette césure permettrait de distinguer l'opérateur en charge du remboursement en fonction du degré de gravité du recours aux soins. Le « petit » risque correspondrait ainsi aux soins les plus courants qui sont par définition les moins coûteux, mais les plus réguliers, avec une plus forte probabilité d'occurrence. Ce « petit » risque présenterait l'avantage d'être à portée de mains des individus aussi bien financièrement qu'en termes de prise de décision. Il serait donc pris en charge par l'AMC, et devrait être la cible des déremboursements de l'AMO. Pour sa part, le « gros » risque correspondrait aux soins exceptionnels qui sont à l'inverse plus coûteux et plus rares. On pense ici à l'hospitalisation d'urgence ou aux pathologies lourdes. Plus éloigné des choix individuels, ce risque justifierait une prise en charge collective par l'AMO. Cette distinction, concrètement difficile

à mettre en œuvre ⁹, a cependant bénéficié périodiquement de nombreux relais politiques, trouvant même sa place dans la littérature grise (rapport Nora et Naouri en 1979, rapport Chadelat en 2003).

Des économistes influents ont alors développé cette thèse et l'ont diffusée à travers le CAE (Dormont *et al.*, 2014) en proposant la création d'une franchise pour les soins de premier recours, franchise qui consisterait à dérembourser totalement la consultation médicale de 23 euros (aujourd'hui 25 euros). De même, Saint-Paul (2012) propose l'instauration d'un système d'assurance unique en fonction des actes, et donc la mise en place d'un monopole pour l'AMC pour certains soins.

Pourtant, cette distinction entre les catégories de risques est déjà ancienne. On la trouve dès les premiers débats au moment de la mise en place de la Sécurité sociale afin d'en réduire déjà son périmètre de couverture pour ne viser que les plus vulnérables (Batifoulier *et al.*, 2019). La segmentation du marché conduit à restreindre le champ de l'AMC à un ensemble de risques non couverts par les remboursements successifs et la réduction du panier de soins pris en charge par l'AMO. Loin d'être un inconvénient pour l'AMC, cette stratégie lui permet de faire sortir de son périmètre les clients les moins rentables. La polarisation du marché de l'AMC organise un « Yalta » du Rac. Il fait augmenter le Rac pour les soins courants tandis qu'il lutte contre le Rac des soins les plus lourds.

La segmentation du marché de l'AMC est ainsi rendue possible par la mise en place de mécanismes empreints de la logique du « marché éduqué ». Les dispositifs pour les plus vulnérables développés dans la section I.1 s'inscrivent dans cette opération de partage des risques. Pour ceux dont le revenu est trop faible quels que soient les problèmes de santé ou pour ceux dont l'état de santé est trop détérioré quel que soit leur revenu, l'AMC est invitée à accompagner la politique de couverture de l'AMO. Pour les autres patients, les dispositifs de marché éduqué (voir *supra*, I.2) visent à rendre l'AMC « responsable ». Les Rac après AMC ne doivent pas être excessifs. Dans cette perspective, l'AMC doit aussi participer à l'effort de maîtrise des dépenses de santé. Les contrats responsables imposent donc des plafonds de remboursement.

La déconnexion juridique des paniers de soins, c'est-à-dire l'organisation d'une séparation entre les soins pris en charge par l'AMO et ceux couverts par l'AMC (Abecassis *et al.*, 2017 ; Ginon, 2014) s'accompagne de dispositifs incitant les assureurs à couvrir ce que ne veut pas ou plus rembourser l'AMO. C'est le cas notamment des dépassements d'honoraires

9. La séparation des risques est problématique, car il existe de multiples définitions du gros risque à protéger et parce que la frontière entre petit risque et gros risque n'est pas étanche. La distinction combine des critères de sévérité de la maladie (premier recours *versus* hôpital ou ALD) comme des critères financiers (les plus modestes ne peuvent pas financer leurs soins, y compris de premier recours). Le petit risque peut aussi devenir grand s'il n'est pas traité à temps.

dont on sait qu'ils sont l'une des premières causes d'inégalités d'accès aux soins, mais aussi et plus récemment, des dépenses d'homéopathie ¹⁰. Les dépassements d'honoraires sont en effet le royaume de l'AMC puisqu'ils interviennent au-delà du tarif de la Sécurité sociale. Les pouvoirs publics ont tenté de contrôler leur développement en cherchant d'abord à inciter les médecins à davantage de solidarité (faire reconnaître un taux de dépassement d'honoraires abusif, de l'ordre de 150 % du tarif de la Sécurité sociale, inciter fiscalement les professionnels à la modération, etc.). Mais ils ont aussi mobilisé l'AMC pour qu'elle prenne en charge les dépassements en encourageant la prise en charge contractuelle, optionnelle pour l'assuré. La dispense d'avance des frais pour les plus modestes proscrit en théorie le dépassement d'honoraires. L'idée de mettre en place des contrats labellisés pour les bénéficiaires de l'ACS devait en principe limiter le coût engendré par d'éventuels dépassements, en particulier pour les soins dentaires ¹¹.

La segmentation des risques renforce ainsi le besoin d'une éducation du marché à la solidarité. Si l'AMC obtient de plus en plus le monopole sur le financement de certains soins ou services, il devient impératif de chercher à en limiter ses effets, spécialement les plus pervers.

C'est le cas pour les dépassements d'honoraires, mais aussi pour ce qui relève de l'ensemble des soins hors panier responsable. L'AMC est invitée à prendre en charge toute une panoplie de soins et de services qui relève de la qualification de « prestations de confort » pour l'AMO ou dont le service médical rendu a été jugé faible voire modéré par la Haute Autorité de santé (HAS) : le séjour dans une chambre individuelle à l'hôpital, la consultation de médecines non conventionnelles, les dépenses d'homéopathie ou encore la réalisation de certains services liés au sport ou à l'activité physique, etc. De telles prestations ne sont pas condamnées ou interdites par le législateur. Mais elles n'entrent pas dans le panier de soins remboursable de l'AMO. Elles ont naturellement vocation à être prises en charge par la seule AMC qui est en mesure d'offrir des services « sur mesure », de répondre à des demandes différentes ou à des besoins différenciés des assurés. L'AMC se retrouve ainsi en position de monopole pour décider des prestations admises dans son système de prise en charge.

C'est dans cet esprit que les assureurs privés peuvent également conclure des conventionnements (qui reposent sur une logique de contractualisation) avec les opticiens, les chirurgiens-dentistes ou encore les audioprothésistes ainsi qu'avec certains établissements de santé pour la partie hébergement de l'hospitalisation. Ce conventionnement cible les postes de

10. Selon les chiffres du Haut Conseil de l'assurance maladie en 2012, 10 % des patients ont supporté un reste à charge de 2090 euros dont 50 % est imputable aux dépassements d'honoraires.

11. Voir art. L. 861-3, Code de la Sécurité sociale.

soins dans lesquels la participation de la couverture complémentaire est supérieure à celle de l'AMO. La loi autorise ainsi les opérateurs privés à faire des différences sur les niveaux des prestations et de remboursement quand l'assuré choisit un prestataire de soins ou un établissement avec lequel son organisme complémentaire a conclu une convention (conventions dites de « réseaux de santé »). L'assureur privé va ainsi pouvoir aiguiller le patient, l'orienter dans ses choix de soins et l'inciter à consulter des professionnels de santé avec qui il a contracté. Sur ce terrain, l'AMC va ainsi pouvoir développer des parts de marché nouvelles sans entrer en « concurrence » avec l'AMO.

En cherchant à « policer » le marché, les pouvoirs publics ont, en creux, renforcé la place de l'assurance complémentaire. Et s'il y a moins de réticences au développement du marché, c'est parce qu'on a cherché à en lisser les effets les plus pervers. Le « marché éduqué » rend donc l'AMC plus « présentable ». Elle peut ainsi s'étendre au-delà de ses domaines historiques de prédilection et porter le développement du marché, dont le chiffre d'affaires a augmenté de 118 % en 15 ans (37 milliards d'euros en 2017 contre 17 en 2001). À titre de comparaison, l'évolution des dépenses de la branche maladie (régimes obligatoires de base) est de +73 % entre 2001 et 2017 ¹².

Conclusion

Depuis le début des années 2000, le développement de la couverture des frais de santé en France s'est caractérisé par un double mouvement : l'accentuation de droits en faveur des plus vulnérables avec, en même temps, un recours de plus en plus important à la part complémentaire de la couverture des frais de santé, c'est-à-dire à la part laissée dans le marché.

Ces deux mouvements *a priori* contradictoires montrent néanmoins que l'impératif de solidarité n'est pas forcément une valeur « hors marché ». Désormais, marché et solidarité s'hybrident pour former une « couverture marchandisée » qui tente de concilier les impératifs du métier de l'assurance avec les impératifs sociaux. Le recours à des mécanismes issus des règles du marché pour assurer la couverture santé semble reposer sur des arguments économiques de réduction de la dépense publique et de responsabilisation individuelle. Rendre compatibles des objectifs sociaux avec les règles issues du marché nécessite néanmoins beaucoup d'efforts pour les pouvoirs publics. Ces efforts s'expriment dans la création récente d'outils juridiques novateurs visant à éduquer le marché à la diffusion d'impératifs de solidarité.

12. Sources : calcul des auteurs à partir des projets de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2002 et 2018.

La logique du « marché éduqué » repose en effet sur la continuité, et peut-être même la fongibilité des missions dévolues aux assurances sociales investies de missions de service public et aux autres intervenants sur le marché. Une telle entreprise peut être jugée positivement si elle permet d'introduire davantage de justice sociale dans le monde de l'assurance. Elle permet aussi d'atténuer les critiques dont fait l'objet le fondamentalisme assurantiel quand il cherche à appliquer ses techniques au domaine de la santé. Avec l'éducation du marché à la solidarité, la hausse des coûts des contrats et l'accentuation des inégalités imputables aux disparités de couverture apparaissent davantage soutenables.

En habilitant les opérateurs d'assurance à prendre une place croissante dans la définition et la mise en œuvre des objectifs de solidarité, les pouvoirs publics tracent non seulement de nouvelles perspectives pour ce marché, mais le confortent aussi en légitimant sa place.

Poursuivre « en même temps » une stratégie d'extension du marché de la couverture santé tout en lui adossant la poursuite de l'impératif de solidarité consubstantiel à la primordialité du soin en santé s'avère être une logique redoutable et difficilement tenable. La « quasi-obsession » des pouvoirs publics à intervenir sur la couverture santé pose aujourd'hui de lourdes questions pour l'État lui-même en créant en quelque sorte un effet miroir. Il existe désormais un soupçon inédit sur la capacité de l'État à assumer seul la réalisation des impératifs de solidarité et le bien-vivre ensemble. L'État-providence devient alors la cible de toutes les critiques alors qu'il était jusque-là la clé de voûte du développement social (Chevallier, 2004). C'est en effet à travers l'État-providence que s'est incarnée principalement l'idée d'une société plus juste avec la réduction des inégalités et la possibilité donnée à tous d'accéder aux biens essentiels. Les dispositifs qui cherchent à « éduquer » le marché consistent à exporter les logiques de solidarité sociale dans l'univers de l'assurance santé. En faisant du marché un porte-parole et même un vecteur de diffusion, voire de mise en œuvre des objectifs sociaux dont traditionnellement l'État-providence porte la responsabilité, les pouvoirs publics contribuent aujourd'hui au développement d'un marché de l'assurance très puissant, au point de brouiller les frontières entre l'État-providence et le marché.

Le « marché éduqué » raconte une histoire perdue, aux États-Unis comme en France : celle d'un monde de l'assurance santé qui se serait affranchi des logiques de rentabilité.

Références bibliographiques

- Abecassis P., Batifoulier P., Coutinet N., Domin J.-P. (2017), « Éditorial : la généralisation de l'assurance maladie complémentaire. Comment faire rimer inefficacité avec inégalité », *Revue française de socio-économie*, vol. 18, n° 1, p. 13-22, <https://doi.org/10.3917/rfse.018.0013>.
- André C., Batifoulier P., Jansen-Ferreira M. (2016), « Health care privatization processes in Europe: Theoretical justifications and empirical classification », *International Social Security Review*, vol. 69, n° 1, p. 3-23, <https://doi.org/10.1111/issr.12092>.
- André C., Hermann C. (2009), « Privatisation and marketisation of health care systems in Europe », in Frangakis M., Hermann C., Huffschmid J., Lóránt K. (eds.), *Privatisation against the European Social Model*, London, Palgrave Macmillan, p. 129-144, https://doi.org/10.1057/9780230250680_9.
- Angeletti T. (2009), « (Se) rendre conforme. Les limites de la critique au Conseil d'analyse économique », *Tracés*, n° 17, p. 55-72, <https://doi.org/10.4000/traces.4204>.
- Ansaloni M., Smith A. (2017), « Des marchés au service de l'État ? », *Gouvernement et action publique*, vol. 6, n° 4, p. 9-28, <https://doi.org/10.3917/gap.174.0009>.
- Barlet M., Gaini M., Gonzalez L., Legal R. (2019), *La complémentaire santé : Acteurs, bénéficiaires, garanties. Édition 2019*, Panoramas de la Drees, Ministère des Solidarités et de la Santé, <https://bit.ly/3oQXhbU>.
- Batifoulier P. (2012), « Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin », *Revue française de socio-économie*, vol. 10, n° 2, p. 155-174, <https://doi.org/10.3917/rfse.010.0155>.
- Batifoulier P. (2014), *Capital santé : quand le patient devient client*, Paris, La Découverte.
- Batifoulier P. (2015a), « Performativité et théorie conventionnelle. Une application à l'assurance santé », *L'Homme et la société*, vol. 197, n° 3, p. 79-103, <https://doi.org/10.3917/lhs.197.0079>.
- Batifoulier P. (2015b), « Aux origines de la privatisation du financement du soin : quand la théorie de l'aléa moral rencontre le capitalisme sanitaire », *Revue de la régulation*, n° 17, <https://doi.org/10.4000/regulation.11196>.
- Batifoulier P., Da Silva N., Domin J.-P. (2018), *Économie de la santé*, Paris, Armand Colin, <http://sbiproxy.uqac.ca/login?url=http://international.scholarvox.com/book/88855458>.
- Batifoulier P., Da Silva N., Duchesne V. (2019), « The dynamics of conventions: The case of the French social security system », *Historical Social Research*, vol. 44, n° 1, p. 258-284, <https://doi.org/10.12759/hsr.44.2019.1.258-284>.
- Batifoulier P., Ginon A.-S. (2019), « Les marchés de l'assurance maladie complémentaire : logiques économiques et dispositifs juridiques », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 5, <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02449979>.
- Beaussier A.-L. (2016), *La santé aux États-Unis : une histoire politique*, Paris, Presses de Sciences Po.

- Borgetto M. (2003), « L'évolution récente du système de Sécurité sociale en matière de redistribution », *Revue des politiques sociales et familiales*, vol. 73, n° 1, p. 45-51, <https://doi.org/10.3406/caf.2003.2008>.
- Borgetto M., Lafore R. (2019), *Droit de la Sécurité sociale*, Paris, Dalloz.
- Chandra A., Gruber J., McKnight R. (2010), « Patient cost-sharing and hospitalization offsets in the elderly », *American Economic Review*, vol. 100, n° 1, p. 193-213, <https://doi.org/10.1257/aer.100.1.193>.
- Chevallier J. (2004), « L'État régulateur », *Revue française d'administration publique*, vol. 111, n° 3, p. 473-482, <https://doi.org/10.3917/rfap.111.0473>.
- Da Silva N. (2017), « Le mythe du "trou de la Sécu" à l'aune des débats parlementaires de 1949 », in Brunet C., Darcillon T., Rieucan G. (dir.), *Économie sociale et économie politique. Regards croisés sur l'histoire et sur les enjeux contemporains*, Louvain, Presses universitaires de Louvain, p. 75-92, <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02306253>.
- Daniel C., Tuchsirer C. (1999), « Assurance, assistance, solidarité : quels fondements pour la protection sociale des salariés ? », *La Revue de l'ÉRES*, n° 30, p. 5-29, <https://bit.ly/2LpkH9V>.
- Dardot P., Laval C. (2010), *La nouvelle raison du monde : essai sur la société néolibérale*, Paris, La Découverte.
- Dormont B., Geoffard P.-Y., Tirole J. (2014), « Refonder l'assurance-maladie », *Notes du Conseil d'analyse économique*, vol. 12, n° 2, p. 1-12, avril, <https://doi.org/10.3917/ncae.012.0001>.
- Dourgnon P., Jusot F., Fantin R. (2012), « Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », *Économie Publique/Public Economics*, n° 28-29, p. 123-147, <https://doi.org/10.4000/economiepublique.8851>.
- Duménil G., Lévy D. (2014), *La grande bifurcation : en finir avec le néolibéralisme*, Paris, La Découverte.
- Ewald F., Kessler D. (2000), « Les noces du risque et de la politique », *Le Débat*, n° 109, p. 55-72, <https://doi.org/10.3917/deba.109.0055>.
- Feldstein M., Friedman B. (1977), « Tax subsidies, the rational demand for insurance and the health care crisis », *Journal of Public Economics*, vol. 7, n° 2, p. 155-178, [https://doi.org/10.1016/0047-2727\(77\)90044-5](https://doi.org/10.1016/0047-2727(77)90044-5).
- Gay R., Sauviat C. (2019), « Le système de santé étasunien, toujours au centre du débat public neuf ans après l'Affordable Care Act », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 5, p. 829-840.
- Ginon A.-S. (2014), « La déconnexion juridique des paniers de soins. Étude des liens entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 5, p. 831-846, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02237323>.
- Ginon A.-S. (2017a), « Vers un paramétrage économique de l'assurance maladie complémentaire ? », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 3, p. 456-468, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02237580>.
- Ginon A.-S. (2017b), « Le glissement de l'assurance maladie obligatoire vers les complémentaires : vers une autre conception des dépenses de santé ? », *Revue de droit sanitaire et social*, hors-série, p. 91-111, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02237618>.

- Gladwell M. (2005), « The moral-hazard myth. The bad idea behind our failed health-care system », *The New Yorker*, June 22, <https://bit.ly/3oROE0Y>.
- Hacker J.S. (1998), « The historical logic of national health insurance: Structure and sequence in the development of British, Canadian, and US Medical Policy », *Studies in American Political Development*, vol. 12, n° 1, p. 57-130, <https://doi.org/10.1017/S0898588X98001308>.
- Hassenteufel P., Palier B. (2007), « Towards neo-bismarckian health care states? Comparing health insurance reforms in bismarckian welfare systems », *Social Policy & Administration*, vol. 41, n° 6, p. 574-596, <https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2007.00573.x>.
- Hodgson G.M. (2008), « An institutional and evolutionary perspective on health economics », *Cambridge Journal of Economics*, vol. 32, n° 2, p. 235-256, <https://doi.org/10.1093/cje/bem033>.
- Jeancourt-Galignani A. (2014), « Le lancinant déficit de l'Assurance maladie », *Commentaire*, n° 145, p. 85-88, <https://doi.org/10.3917/comm.145.0085>.
- Juven P.-A. (2015), « Concurrence par comparaison et transformations quasi-marchandes : l'hôpital public aux prises avec la Tarification à l'activité », *Revue de la régulation*, n° 17, <https://doi.org/10.4000/regulation.11219>.
- Laffont J.-J. (1998), « Le risque comme donnée économique », in Ewald F., Lorenzi J.-H. (dir.), *Encyclopédie de l'assurance*, Paris, Economica, p. 1487-1496.
- Lepont U. (2016), « Les conditions préalables au "tournant néo-libéral" : le cas de la protection maladie aux États-Unis », *Politix*, vol. 116, n° 4, p. 193-220, <https://doi.org/10.3917/pox.116.0195>.
- Maarse H. (2006), « The privatization of health care in Europe: An eight-country analysis », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 31, n° 5, p. 981-1014, <https://doi.org/10.1215/03616878-2006-014>.
- Newhouse J.P. (ed.) (1993), *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*, Cambridge, Harvard University Press.
- Nyman J.A. (1999), « The value of health insurance: The access motive », *Journal of Health Economics*, vol. 18, n° 2, p. 141-152, [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(98\)00049-6](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(98)00049-6).
- Nyman J.A. (2007), « American health policy: Cracks in the foundation », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 32, n° 5, p. 759-783, <https://doi.org/10.1215/03616878-2007-029>.
- Nyman J.A. (2008), « Health insurance theory: The case of the missing welfare gain », *The European Journal of Health Economics*, vol. 9, n° 4, p. 369-380, <https://doi.org/10.1007/s10198-007-0084-z>.
- Palier B., Bonoli G. (1995), « Entre Bismarck et Beveridge : "Crises" de la sécurité sociale et politique(s) », *Revue française de science politique*, vol. 45, n° 4, p. 668-699, <https://doi.org/10.3406/rfsp.1995.403563>.
- Parel V. (2018), « L'accès aux soins aux États-Unis sous les mandatures de Barack Obama et Donald Trump », *Journal de gestion et d'économie médicales*, vol. 36, n° 2, p. 91-108, <https://doi.org/10.3917/jgem.182.0091>.
- Pauly M.V. (1968), « The economics of moral hazard: Comment », *The American Economic Review*, vol. 58, n° 3, p. 531-537, <http://www.jstor.org/stable/1813785>.

- Pauly M.V., Danzon P., Feldstein P., Hoff J. (1991), « A plan for "Responsible National Health Insurance" », *Health Affairs*, vol. 10, n° 1, p. 5-25, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.10.1.5>.
- Pauly M.V., Goodman J.C., Feder J., Levitt L., Butler S.M., Cutler D.M., Wilensky G.R. (1995), « Tax credits for health insurance and medical savings accounts », *Health Affairs*, vol. 14, n° 1, p. 125-139, <https://doi.org/10.1377/hlthaff.14.1.125>.
- Pierru F. (2007), *Hippocrate malade de ses réformes*, Bellecombe-en-Bauges, Éditions du Croquant.
- Pierru F., Rolland C. (2016), « Bringing the health care state back in: Les embarras politiques d'une intégration par fusion : le cas des Agences régionales de santé », *Revue française de science politique*, vol. 66, n° 3, p. 483-506, <https://doi.org/10.3917/rfsp.663.0483>.
- Pierson P. (1994), *Dismantling the Welfare State?: Reagan, Thatcher and the Politics of Retrenchment*, Cambridge, Cambridge University Press, <https://doi.org/10.1017/CBO9780511805288>.
- Pollitt C., Bouckaert G. (2011), *Public Management Reform: A Comparative Analysis – New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*, 3rd ed., New York, Oxford University Press.
- Saint-Paul G. (2012), « Réflexions sur l'organisation du système de santé », *Rapport*, n° 103, Conseil d'analyse économique, <https://bit.ly/3gO7va8>.
- Stone D. (2011), « Moral hazard », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 36, n° 5, p. 887-896, <https://doi.org/10.1215/03616878-1407676>.
- Streeck W. (2014), *Du temps acheté. La crise sans cesse ajournée du capitalisme démocratique*, Paris, Gallimard.
- Supiot A. (2010), *L'esprit de Philadelphie : la justice sociale face au marché total*, Paris, Éditions du Seuil.
- Tanti-Hardouin N. (2011), *Aux origines de l'économie de la santé*, Paris, Ellipses.
- Tinel B. (2016), *Dette publique : sortir du catastrophisme*, Paris, Raisons d'agir.