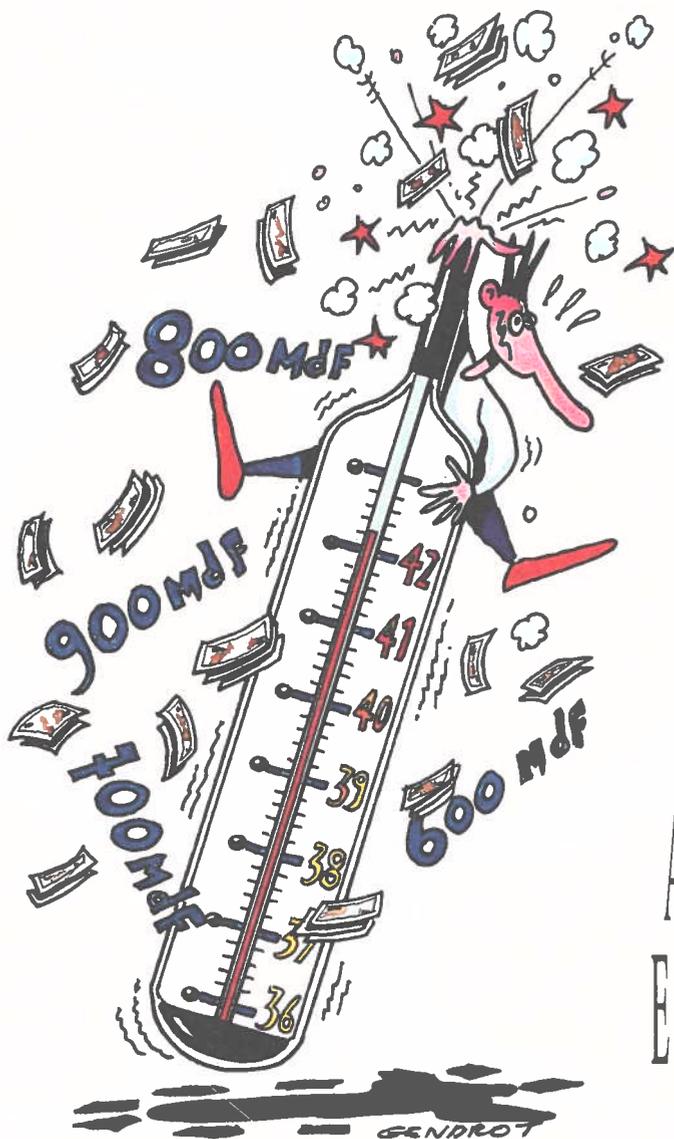


RISQUES

« LES GENS BIEN PORTANTS SONT DES MALADES QUI S'IGNORENT »

J. ROMAINS (Knock)



N° 21

ASSURANCE
ET MALADIE

JANVIER-MARS 1995

RISQUES

JANVIER-MARS 1995 - N° 21



© SCEPRA - 1995

Il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement la présente publication - loi du 11 mars 1957 - sans autorisation de l'éditeur ou du Centre français du copyright, 6 bis, rue Gabriel-Laumain, 75010 PARIS.

Hommage à Henri Margeat

Bernard Cerveau, Michel Ehrenfeld, André Favre-Rochex, James Landel

ASSURANCE ET MALADIE

Présentation	12
Organiser le marché de l'assurance maladie.....	Peter Diamond 17
L'évolution du « managed care » aux États-Unis :	
les PHOs	Patrick Warin 43
Assurance maladie et intégration verticale.....	Stéphane Jacobzone 57
La fonction de la demande de soins	
ou l'Arlésienne du marché	Lise Rochaix 69
L'assurance privée dans la couverture	
du risque maladie.....	Jean-Pierre Moreau 87
Innovation et assurance santé :	
le rôle de l'assurance privée.....	Agnès Bague-Forst 95
L'assurance santé complémentaire :	
le piège et comment en sortir.....	Jean de Kervasdoué 103
Coût d'une maladie : peut-on l'évaluer ?.....	Pierre-Yves Geoffard, Yves-Antoine Flori 117
Médecine prédictive et assurance santé.....	François Bourguignon, Jean-Jacques Duby 125

Rubriques

Risk management

Formation et gestion des risques	Jean-Paul Louiset 141
----------------------------------------	-----------------------

Précaution

A propos de la notion de précaution.....	Herman Cousy 149
------------------------------------------	------------------

Chroniques

Europe

Les nouvelles frontières de l'assurance	
sans frontière	Roland Nussbaum 165

Livres

♦ « <i>Hommage à l'économie sociale</i> », de Claude Vienney,	
par Robert Teyssier	
♦ « <i>Éléments fondamentaux du risk management</i> », de Yves Marquet,	
par Jean-Marc Lamère	172

Communiqué

François-Xavier Albouy
André Babeau
Claudie Bernheim
Pierre Bollon
François Bourguignon
Éric Briys
Claude Delpoux
Jean-Jacques Duby
Georges Durry
François Ewald
Lucien Faugères
Christian Gollier
Georges-Yves Kervenn
Denis Kessler
Michel Lutfalla
Henri Margeat
Jacques Mistral
Jean-Pierre Moreau
Patrick Picard
Martine Rémond-Gouilloud
Pierre Rosanvallon
Pierre Sonigo
Dominique Steib
Robert Teyssier
Patrick Thourot
Dominique Vastel
Patrick Warin

COMITÉ SCIENTIFIQUE

André Babeau
Anton Brender
Éric Briys
Francis Calcoen
Thierry Chauveau
Henri Debruyne
Georges Dionne
Georges Durry
Louis Eeckhoudt
Denis Kessler
Marc Lauwers
Michel Levasseur
Michel Lutfalla
Jacques Marseille
Jean-Claude Milleron
Pierre Pestieau
Jacques Plassard
Georges Plescoff
André Renaudin
Jean-Charles Rochet
Régis de Laroullière
Harold D. Skipper
Göran Skogh
Jean-Marc Suret
Pierre Tabatoni
Peter Zweifel

Hommage à Henri Margeat

Henri Margeat, membre du comité de rédaction de *Risques*, est décédé le 21 janvier 1995. En hommage à cette personnalité qui a profondément marqué l'assurance française et tous ceux qui ont eu la chance de le connaître, nous avons demandé à quelques-uns de ses plus proches amis et collaborateurs de témoigner de son action et de son œuvre.

Henri Margeat n'est plus. Il a subi son douloureux déclin avec la dignité et la pudeur qui le rendaient si secret. De lui ne se savaient que l'exigence de rigueur qu'il s'imposait et sa générosité envers tous. Il est peu de grands débats sur le droit de la responsabilité et l'assurance qui, depuis plus de deux décennies, n'aient été influencés par son pouvoir de convaincre et par la lucidité avec laquelle il veillait au maintien de l'indispensable équilibre entre la tentation du « tout indemniser » et sa faisabilité économique. Son humour provocateur, coupant, dénonçait les ruptures entre l'une et l'autre.

Pour tous ceux qui la fréquentent : magistrats, avocats, universitaires, médecins, etc. Il était l'Assurance. Celle-ci perd une référence respectée.

Il repose près de l'Allier, là où étaient ses racines. « M. d. V. », Margeat du Veurdre, comme, naguère, il avait parfois signé.

A son épouse, ses enfants et petits-enfants, nous présentons nos condoléances ■

André Favre-Rochex, *directeur général honoraire de Winterthur France* ¹.

Le 28 février 1986, alors qu'il venait de recevoir les insignes de chevalier de la Légion d'honneur, Henri Margeat s'interrogeait sur l'étiquette de juriste qui lui était communément accolée : « Juriste ? Non. Je confesse à mes amis, éminents professeurs de droit, totaliser moins de cent heures de cours en trois années de licence. Les sentiers de la Résistance étaient tellement plus séduisants que l'enseignement magistral ! Je suis un autodidacte qui s'est nourri de Précis Dalloz périmés, voire de Foignet-Dupont d'avant guerre. »

Voilà des aveux, sous forme de boutade, style qu'il affectionnait particulièrement, qui en disent long sur l'humour et la modestie de ce grand juriste qui maîtrisait parfaitement le droit privé et qui était doté d'une capacité d'analyse et de synthèse tout à fait exceptionnelle.

1. Texte publié avec l'aimable autorisation de « La Gazette du Palais ».

Sur le plan professionnel, Henri Margeat restera pour nous tous un grand assureur. C'est après un court passage, dans l'après-guerre, au Contentieux général des armées qu'il embrassa la carrière d'assureur, où il devait passer quarante années de sa vie.

A la Winterthur, tout d'abord, de 1951 à 1972, à l'UAP, ensuite, de 1972 à 1990, il exerça ses talents d'homme de doctrine, d'homme de terrain et d'homme de relations publiques.

Homme de doctrine, il a beaucoup écrit, et il savait écrire. « J'ai écrit par la suite, ajouta-t-il au propos rappelé liminairement, pour dissiper le flou hérité de ces brèves études et le volume de ma production prouve combien ce flou était vaste dans ma mémoire ! »

Il fut l'auteur, associé à Lucien Sicot, dans un premier temps, puis à André Favre-Rochex, pour sa cinquième édition, du *Précis de la loi sur le contrat d'assurance* (LGDJ, 1971), ouvrage de référence, s'il en fut, dans le monde du droit des assurances.

D'autres ouvrages et traités suivirent ce précis, entre autres, en 1968, un essai sur « Les accidents de la circulation. Responsabilité et réparation du dommage. Maux et remèdes » (*L'Assurance française*, 1968). En 1977, il écrit une étude portant sur la « Responsabilité et l'assurance des entrepreneurs et réparateurs » (*L'Argus*, 1977). Il collabora également à la rédaction de la dernière édition du *Précis Bedour* sur les accidents de la circulation.

Il publia plus d'une centaine de notes de doctrine ou de commentaires d'arrêt, notamment dans les colonnes de *La Gazette du Palais*, dont il fut le fidèle collaborateur pendant plus de trente années. Cette même gazette fit paraître sous sa direction un commentaire de la loi du 5 juillet 1985, ainsi que des études régulières concernant la fixation des dommages intérêts comprenant un répertoire des décisions judiciaires touchant à ce domaine. Plus récemment, il était à l'origine de la création du supplément « assurances » de *La Gazette du Palais*.

D'autres revues professionnelles ont accueilli ses chroniques : *L'Assurance française*, dont il fut le président-directeur général, la *Revue générale des assurances terrestres*, du comité de direction de laquelle il appartenait, *L'Argus*, et enfin la revue *Risques*, dont il était membre du comité de rédaction, et qui publia d'ailleurs sa dernière étude sur « L'éthique dans l'assurance » (*Risques*, n° 18).

Homme de conviction, il fut un orateur et un débatteur hors de pair, et il savait parler. Il participa à un grand nombre de colloques, congrès et autres séminaires tant en France qu'à l'étranger, où il faisait également autorité. Chacun de ses mots, chacune de ses paroles étaient pesés, calibrés, rien n'était laissé au hasard.

Homme de terrain, il exerça, dans le monde austère des assurances, la fonction de « régleur », occupant la direction des sinistres à la Winterthur, puis celle de directeur du secteur règlement à l'Union des assurances de Paris, où l'avait recruté le président Leca, séduit par sa personnalité hors du commun. Il y termina sa carrière en janvier 1990 comme directeur de l'organisation et de la décentralisation.

Il siégea dans les organismes professionnels et notamment au Groupement

technique accident (GTA), ancêtre de l'Assemblée plénière des sociétés d'assurances dommages (Apsad), où il fut président de nombreuses commissions, dont la célèbre Conférence des chefs de contentieux. Sous son impulsion virent le jour plusieurs conventions parmi lesquelles l'on peut citer l'Idac (Indemnisation des accidents corporels). Il participa également aux travaux du Comité européen des assurances (CEA), il fut administrateur du fonds de garantie. Mais arrêtons-là ce panégyrique, car nous en oublierions.

Au-delà de cet homme de doctrine et de cet homme de terrain, il y avait l'essentiel, l'homme « tout court ». Cet homme était sensible, bon, généreux et droit. Henri Margeat était un homme de cœur, et c'est cette qualité que ceux qui l'ont approché ont pu apprécier.

Ces vertus éminentes de sa personnalité ont constamment sous-tendu la mission qu'il s'était tracée, notamment dans une matière qu'il affectionna particulièrement, celle de l'indemnisation des victimes d'accidents. Il a pu, dans ce domaine fait de chair et de malheur, contribuer à améliorer le sort des lésés, tout en préservant l'équilibre économique des opérations d'assurance.

Tâche redoutable, dont il s'acquitta en participant activement aux travaux de nombreux groupes de travail, dont les plus notables furent ceux que présidèrent, en 1966, Bernard Chenot et, en 1982, Pierre Bellet, les travaux de cette dernière commission devant déboucher sur l'adoption de la loi dite « Badinter » du 5 juillet 1985.

Son assistance à l'élaboration des lois ne s'arrêta pas à la France, puisque aussi bien il aida les autorités italiennes dans la mise en place de la loi spéciale sur les accidents de la circulation. Tout récemment encore, il assista les nations africaines dans l'élaboration du Code des assurances de la Conférence interafricaine des marchés de l'assurance (Cima, traité du 14 avril 1994).

Son penchant naturel pour la défense des victimes devait le conduire à participer à l'avènement de l'assurance de protection juridique, naissance à laquelle il contribua tant au niveau européen à travers la rédaction de la directive que national en siégeant en 1983 à la commission Lambert-Faivre.

Homme de formule, il avait compris, avant l'heure, qu'il s'agissait d'un moyen d'accès à la justice pour les « pas assez pauvres et pas assez riches ». Pas assez pauvres pour bénéficier de l'aide juridictionnelle, et pas assez riches pour assumer seuls les frais nécessaires pour faire valoir leurs droits.

C'est ainsi qu'il fonda, en 1982, L'Avenir, filiale spécialisée de l'UAP, dont il fut le président jusqu'au printemps de 1990, date à laquelle le sens de la déontologie qui l'habitait lui fit abandonner cette fonction, car il venait d'être nommé à la Commission de contrôle des assurances.

Être membre titulaire de cette commission au terme d'une carrière si bien remplie fut pour lui une sorte de consécration, ce poste lui offrant une tribune d'observation remarquable, dont il aurait tiré des enseignements qu'il ne nous livrera pas.

Henri Margeat fut un « prince de l'assurance », et son nom n'est pas prêt d'être

oublié dans une profession qu'il aura fortement marquée pendant une quarantaine d'années.

Homme de relations publiques, Henri Margeat était aussi à l'aise dans le monde judiciaire, où il côtoyait magistrats et avocats, parmi lesquels il s'est forgé de solides amitiés, qu'au sein du monde universitaire, qu'il assista dans des enseignements du droit de l'assurance.

Il était également très intégré dans le milieu médical, où il comptait des relations nombreuses, ayant largement contribué à l'enseignement dans le domaine de la réparation juridique du dommage corporel.

Et puis Henri Margeat fut aussi, et avant tout, le collègue des grands comme celui des petits. La porte de son bureau était toujours ouverte à tous et son téléphone toujours accessible, bien qu'il fût sans doute l'un des plus occupés du secteur de l'assurance, tant son carnet d'adresses était fourni et ses conseils recherchés.

Son univers fut son bureau, son « établi » comme il le disait ; derrière cet établi, il passait des journées entières la plume à la main. L'on sait que ses week-ends étaient eux aussi bien remplis.

Perfectionniste, il était exigeant avec lui-même autant qu'avec les autres. Visionnaire, il avait souvent raison avant tout le monde, ce qui dérangeait parfois. Mais il avouait : « En vérité, j'ai eu davantage l'ambition d'être un "arrangeur" qu'un dérangeur. » D'une intelligence supérieure, il n'abusait jamais de la position dominante qu'aurait pu lui conférer cette qualité. Sa simplicité le lui interdisait.

Henri Margeat nous a quittés le 21 janvier dernier au terme d'une lutte courageuse contre une maladie implacable.

Il repose désormais parmi les siens dans le cimetière de Souvigny, au cœur de son Bourbonnais natal. Il n'aura pas eu le temps de remettre ses pas dans ceux de l'enfant qu'il fut, amoureux des bois et de l'Allier, cette rivière qui fut sa première passion. Pour l'homme de foi qu'il était, nul doute que sa dernière demeure sera, pour reprendre une image empruntée à André Frossard, le « vestiaire de la résurrection » ■

Bernard Cerveau, *président de la compagnie L'Avenir*².

Comment parler d'Henry Margeat ? Le chroniqueur infatigable, l'habitué des colonnes des revues juridiques, de *La Gazette du Palais*, que lui ouvrait Jean Gaston Moore, et ses numéros spéciaux *Droits du dommage*, très appréciés des étudiants et des juridictions pour leur concision et leur pragmatisme, à la *Revue générale des assurances terrestres*, fondée voilà soixante-six ans par Maurice Picard, en passant par la *Revue du dommage corporel*, aussi, car il s'intéressait à la médecine, comme à tous les acteurs du règlement de sinistre : avocats, assureurs, experts. Sans parler, bien sûr, de la revue *Risques*, dans laquelle il s'essayait à la prévision, en faisant le point sur le risque thérapeu-

2. Article publié avec l'aimable autorisation de « *La Gazette du Palais* ».

tique, l'assurance de responsabilité obligatoire, l'éthique dans l'assurance. Bref, il était partout où une mise au point était nécessaire. Trente-deux ans d'écriture, seul ou avec « Margeat-Sicot », « Margeat-Favre-Rochex », « Margeat-Lamure », ou alors « M. d. V. ».

Qui n'a pas été enthousiasmé par l'orateur ? Par l'humour et la faconde avec lesquels il savait présenter des sujets aussi rébarbatifs que le Bureau central français, le système « carte verte » ou le droit comparé du dommage. Ce qui était obscur et compliqué devenait simple et lumineux ; on se sentait intelligent, et on l'était, grâce à lui. Et le conférencier ? Plus qu'intéresser, il savait surprendre, titiller son auditoire...

Quant au juriste, qui sait combien les législations étrangères sur la responsabilité civile automobile lui doivent, en Italie, au Maroc, au Sénégal... ? Dans les pays africains, qui ne pouvaient plus faire face à l'inflation des indemnisations, il prôna et fit passer la barémisation du dommage corporel. Depuis, l'Espagne s'est engagée dans cette voie ; demain, qui sait ? la France. En France justement, qui connaît sa participation active à la commission Bellet, à l'origine de la loi Badinter du 5 juillet 1985 ? Il mit également en œuvre les conclusions du rapport Bergeras, qui aboutit à la réalisation du protocole assureurs/organismes sociaux en mai 1983.

Mais ses talents de plume et de parole, doublés d'une indépendance d'esprit, étaient là pour servir l'assureur, qu'il fût à la Winterthur, à l'UAP, à la présidence de L'Avenir. Il aimait cette profession, pour son exigence à concilier les nécessaires intérêts de la communauté des assurés avec la juste indemnisation des victimes : il réussit avec bonheur ce difficile exercice, en mariant le droit et l'économie. Il n'arrêta jamais, puisque, à la retraite, après avoir tant œuvré à l'intérieur des sociétés d'assurances, il fut nommé à la commission de contrôle, pour veiller, de l'extérieur, au respect de la réglementation.

Au-delà du professionnel, nous gardons en mémoire la générosité et la simplicité de l'homme. Toujours prêt à écouter, il proposait aussi son aide, en payant de sa personne, à tous ceux qui le sollicitaient. Il avait cette intelligence du cœur qui fait trop souvent défaut aujourd'hui. Cette humanité, ses collaborateurs la connaissaient pour l'avoir ressentie au quotidien.

Au revoir, monsieur Margeat ; vous restez présent dans nos esprits et dans nos cœurs ■

Michel Ehrenfeld, *juriste conseil à la direction règlement de l'UAP, professeur à l'Institut des assurances de Paris I ;*

James Landel, *responsable de la médiation et des réclamations à l'UAP, chroniqueur à la RGAT (rubrique assurance automobile), rédacteur en chef du « Dictionnaire permanent des assurances ».*

ASSURANCE ET MALADIE

Présentation

Peter Diamond

Organiser le marché de l'assurance maladie

Patrick Warin

L'évolution du « managed care » aux États-Unis : les PHOs

Stéphane Jacobzone

Assurance maladie et intégration verticale

Lise Rochaix

La fonction de la demande de soins ou l'arlésienne du marché

Jean-Pierre Moreau

L'assurance privée dans la couverture du risque maladie

Agnès Bague-Forst

Innovation et assurance santé : le rôle de l'assurance privée

Jean de Kervasdoué

L'assurance santé complémentaire : le piège et comment en sortir ?

Pierre-Yves Geoffard, Yves-Antoine Flori

Coût d'une maladie : peut-on l'évaluer ?

François Bourguignon, Jean-Jacques Duby

Médecine prédictive et assurance santé

ASSURANCE ET MALADIE

A en juger par le poids des dépenses de santé dans les sociétés développées, la maladie représente sans aucun doute le plus vaste champ d'application de l'assurance. Peu importe que, à cet égard, le financement et l'organisation de systèmes de santé relèvent de l'autorité publique et échappent ainsi aux mécanismes de marché, ou dépendent de façon plus ou moins limitée du secteur privé. Dans la plupart des pays, seule une faible part des soins médicaux est effectivement à la charge des patients, la grande majorité étant distribuée sans frais ou donnant lieu à remboursement de la part d'un organisme d'assurance. Même si la couverture n'en est malheureusement pas toujours universelle, le risque maladie dans les sociétés modernes est donc largement assuré.

Peut-être l'est-il même trop, ou de façon inefficace ! C'est bien la question qui se trouve au centre du vif débat qu'a suscité dans la plupart des pays industrialisés la croissance accélérée et de moins en moins maîtrisable du coût des systèmes de santé au cours des quinze ou vingt dernières années. Dans les pays où le système de santé dépend de façon prédominante du secteur public et où, par conséquent, la couverture est presque universelle, ce débat porte avant tout sur la façon de réguler les coûts et le volume des soins. Dans les pays où l'assurance maladie relève plus directement de mécanismes de marché se pose également avec une acuité particulière le problème d'empêcher qu'une partie de la population soit non couverte. Dans un cas comme dans l'autre, cependant, il est important de voir que le débat porte en fait sur l'ensemble du secteur de la santé, et non pas sur son seul financement. Réduire les coûts comme améliorer les performances exige en effet d'intervenir sur la structure de production du système de santé, comme sur les déterminants de la demande, eux-mêmes dépendants du comportement des fournisseurs de soins et des caractéristiques du système de financement. C'est bien dans un tel cadre d'ensemble que s'inscrit la réflexion entamée en France depuis quelques années et parfaitement illustrée par le récent Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie.

La complexité de ce débat sur l'avenir de nos systèmes de santé tient avant tout à cette multiplicité des points de vue devant être pris en compte. Le parti pris de cette livraison de Risques est, selon sa vocation, d'éclairer le débat

à la lumière particulière de la théorie et de la pratique de l'assurance. En interrogeant plusieurs spécialistes de l'économie de la santé, de la théorie de l'assurance et de la pratique assurancielle sur la façon dont le risque maladie peut ou doit être couvert, notre ambition est simplement de faire le point sur les déterminants, la place, l'intérêt et les limites des mécanismes d'assurance de marché dans ce domaine, et de contribuer ainsi à la réflexion entreprise dans un cadre beaucoup plus large sur l'avenir de nos systèmes de santé.

Étant donné cet objectif, il était naturel de se référer tout d'abord à l'expérience américaine en matière de santé. La première pièce du dossier est un article de Peter Diamond, professeur d'économie au Massachusetts Institute of Technology et l'un des grands théoriciens mondiaux de l'économie publique. Inspiré par les problèmes du système de santé américain, cet article, publié dans *Econometrica*, en novembre 1992, s'appuie sur les principes de la théorie économique pour examiner ce que pourrait être une organisation efficace en même temps qu'équitable du système de santé aux États-Unis. Parce qu'il touche aux problèmes économiques fondamentaux de l'assurance santé, il dépasse cependant très largement le cadre américain et a une portée véritablement universelle. Nul doute qu'il ne soit pendant longtemps un texte de référence. Il était important que le public français en prit connaissance. Michel Lutfalla, directeur des études économiques à Axa, a accepté d'en assurer la traduction.

L'article de Patrick Warin, directeur des assurances collectives de la CNP, est très complémentaire du précédent dans la mesure où il décrit en détail certains aspects du système de production de soins aux États-Unis, aspects supposés connus dans l'article de Peter Diamond et riches d'enseignements pour les sociétés européennes. Il analyse en particulier les expériences américaines de gestion intégrée et décentralisée des soins qui passent par les HMOs (Health Maintenance Organizations) et, pour les fournisseurs de soins, par les PHOs (Physician Hospital Organizations). Selon Patrick Warin, l'apparition de nouvelles formes de réseaux de soins comme les PHOs modifie assez sensiblement le paysage de l'assurance santé. Particulièrement important à ses yeux est le fait que le transfert de risque qui a lieu vers ces réseaux de soins tende à transformer l'assureur santé en réassureur et à le replacer dans son strict domaine de compétence en le libérant d'un contrôle trop étroit des fournisseurs de soins.

C'est également au double problème de l'établissement de la concurrence par la décentralisation et l'intégration verticale de toute la chaîne de services de santé que s'intéresse Stéphane Jacobzone, administrateur

à l'Institut national de statistiques et d'études économiques.

L'argumentation générale qu'il développe, avec le système français et sa nécessaire réforme en toile de fond, le conduit à des conclusions finalement assez nuancées. Quoique théoriquement attrayantes, les solutions du type HMO n'offrent pas, en pratique, que des avantages et demandent pour être efficaces que certaines conditions soient réunies, conditions qui sont soigneusement répertoriées.

L'article de Lise Rochaix, professeur à l'université de Bretagne et chercheur au Legos à l'université de Paris-IX, s'inspire également de la théorie économique pour analyser les possibilités de régulation de la demande en matière de soins. L'asymétrie d'information entre le patient et le médecin est la source d'un problème dit d'« agence ». Ignorant des choix possibles, le patient délègue au médecin le choix d'un traitement avec des possibilités limitées de contrôle a posteriori. Cette situation rend délicate la régulation de la demande de soins, puisque celle-ci ne reflète pas uniquement le comportement des demandeurs, mais aussi celui des fournisseurs de soins. Lise Rochaix explore différentes réponses qui peuvent être apportées à ce problème délicat dont l'économiste américain Kenneth Arrow avait jugé, dès 1963, qu'il était probablement essentiel à la mise en place de tout système de santé.

Les trois articles qui figurent ensuite au dossier sont de nature plus pragmatique. Ils concernent la place qu'occupe actuellement l'assurance privée dans des dispositifs de santé qui, en France et dans les pays voisins, sont contrôlés avant tout par le secteur public.

Jean-Pierre Moreau, délégué général du Groupement des assurances de personnes de la FFSA, analyse la place occupée par l'assurance privée dans la couverture du risque maladie par le système français de santé. Cette part étant, en 1993, de 10 %, se décomposant approximativement en 4 % pour les sociétés d'assurances et 6 % pour les mutuelles relevant du Code de la mutualité. La structure des interventions de l'assurance privée est cependant assez différente de celle de l'assurance sociale. Son rôle est en France de pure complémentarité. Il n'est cependant pas exclu que celui-ci soit voué à s'étendre dans le futur, et Jean-Pierre Moreau s'interroge sur la nature et les conditions d'une telle extension.

L'analyse qu'Agnès Bague-Forst, responsable des études économiques de la Scor, consacre à l'assurance privée est centrée, quant à elle, sur la nature des contrats proposés et la capacité d'innovation de ce secteur en matière de santé. Elle s'intéresse en particulier à un certain nombre de produits nouveaux tels que l'assurance dépendance ou l'assurance maladies redoutées. A travers ces exemples, c'est en fait la nature de la

frontière ou de la complémentarité entre assurances publique et privée qu'elle cherche à définir.

Le ton qu'adopte Jean de Kervasdoué, président de la Sanesco et ancien directeur des hôpitaux au ministère de la Santé, pour traiter de l'articulation entre assurance publique et assurance complémentaire en matière de santé est plus vif. La nécessité de recourir, au moins partiellement, à des mécanismes de marché tient, de son point de vue, à toute une série de distorsions provenant simultanément de l'organisation initiale du système public de santé en France, de la croissance accélérée de la demande de soins et des dispositions prises pour la contenir. Mais cette évolution a débouché selon lui sur un piège pour l'assurance complémentaire. En solvabilisant une part accrue de la demande de soins, celle-ci contribue objectivement, en effet, à l'augmentation générale des coûts et à la dérive de l'ensemble du système. Ce constat de Jean de Kervasdoué démontre l'importance d'imaginer une modification des structures de ce système en même temps que de nouveaux modes de régulation.

Les deux dernières contributions à ce dossier sur l'assurance et la maladie sont de nature méthodologique. Elles sont néanmoins importantes pour toute réflexion approfondie sur les réformes possibles du système actuel.

Yves-Antoine Flori, chercheur au Centre de recherches en économie de la santé à l'Inserm, et Pierre-Yves Geoffard, chercheur CNRS au Delta, s'interrogent sur la possibilité d'évaluer réellement le coût d'une maladie. Une telle évaluation est importante pour une allocation efficace des ressources chez les fournisseurs de soins, et par conséquent pour toute relation entre ces fournisseurs et un assureur, que celui-ci soit public ou privé, et que cette relation soit externe ou au contraire interne à un réseau intégré de soins. La conclusion d'Yves-Antoine Flori et de Pierre-Yves Geoffard est assez négative. Ils repèrent en effet plusieurs problèmes de définition du coût propres au domaine de la santé qui rendent ce concept relativement opaque ou de peu d'utilité dans la poursuite d'un emploi optimal des ressources.

François Bourguignon, directeur d'études à l'EHESS, et Jean-Jacques Duby, directeur de recherche scientifique à l'UAP, abordent un sujet désormais incontournable au moment où certains laboratoires introduisent sur le marché des tests génétiques à visée prédictive : quelles sont les implications futures pour le système de santé de ces techniques médicales qui permettent de mesurer l'aptitude de tout individu à développer certaines maladies ? Ils montrent que, en déchirant le « voile d'ignorance » face à la maladie, cette médecine prédictive peut mettre

en danger la solidarité sociale qui préside actuellement à l'organisation de nos systèmes de santé, que ceux-ci relèvent d'une logique privée ou collective de l'assurance. Ils soulignent aussi que ces techniques sont porteuses de progrès, notamment en matière de prévention et proposent une méthodologie pour en apprécier les conséquences ■



Avertissement

Les idées exprimées dans les articles de *Risques* n'engagent que leurs auteurs et non les institutions auxquelles ils appartiennent.



Organiser le marché DE L'ASSURANCE MALADIE

MOTS CLEFS : assurance maladie • soins médicaux • assurance sociale • assurance groupe •

Cet article présente une nouvelle démarche pour la généralisation de l'assurance maladie aux États-Unis. En premier lieu, le gouvernement crée un système fédéral d'assurance maladie (Fedsanté), sur le modèle du Système fédéral de réserve, afin de remplir le rôle aujourd'hui joué par les prestations des entreprises d'assurances. Fedsanté offrirait un éventail limité de services, organiserait des enchères pour assurer un ensemble prédéfini de groupes d'individus et tarifierait les choix possibles. Il y aurait redistribution entre les groupes et tarification des choix possibles afin de refléter les principes d'assurance sociale optimale. Il n'y aurait pas de rapport entre l'assurance maladie et l'emploi.

Il peut sembler étrange que ce discours en tant que président¹ soit ma première publication en économie de la santé. Au moment où j'aurais dû travailler sur un autre discours, je présidais un groupe d'experts pour le Conseil de la Sécurité sociale, qui étudiait à la fois les problèmes des pensions et ceux des soins médicaux². Ce faisant, j'en suis arrivé à une nouvelle démarche pour organiser la généralisation de l'assurance maladie. C'est ce dont je traiterai ici. Avant d'aborder l'assurance maladie, je dirai quelques mots dans un contexte plus large, pour inscrire ensuite dans cet ensemble ce que je citerai à titre d'exemple³. Beaucoup d'attention a été accordée au problème stimulant de la réorganisation de l'économie des pays qui ont abandonné la planification centralisée. De façon générale, les économistes de ces pays se tournent vers le capitalisme, ou plus particulièrement vers la concurrence du « laisser-faire », avec un enthousiasme qui dé-

* Professeur au Massachusetts Institute of Technology. Présenté aux réunions de 1991 de la Société d'économétrie à Philadelphie, Punta del Este et Cambridge, et publié, en 1992, dans « *Econometrica* ». La recherche a été subventionnée par la National Science Foundation. Article traduit de l'anglais par Michel Lutfalla, Axa, et reproduit avec l'autorisation de l'auteur et de la Société d'économétrie.

1. De la Société d'économétrie (N.d.T.).

2. Pour le rapport de ce groupe, voir « *Expert Panel on the Future of Income Security and Health Care Financing* » (1991).

3. Le lien entre la réforme de l'assurance maladie aux Pays-Bas et la réforme économique d'ensemble en Europe orientale a également été proposé par Van de Ven (1991).

passé celui des économistes occidentaux, sinon toujours celui des hommes d'affaires occidentaux.

Pourtant, le capitalisme du laissez-faire ne reçoit depuis longtemps que peu de soutien à l'Ouest. Nous connaissons tous le théorème fondamental de l'économie du bien-être, qui fait ressortir les multiples manières pour le capitalisme d'être imparfait. Nous avons également assisté au développement de la discussion et de l'analyse des nombreuses voies par lesquelles les gouvernements peuvent perturber l'allocation des ressources. La vraie question est celle des modes d'organisation qui tentent d'intégrer ce que chaque type d'institution réussit le mieux.

Elle est difficile pour deux raisons. La première est que nous nous trouvons dans le royaume de l'« optimum de second rang », c'est-à-dire sous de nombreuses contraintes. La difficulté de l'analyse croît avec le nombre de contraintes. La seconde raison est que nous ne disposons pas de bonnes théories positives du comportement des gouvernements. De bons exemples, oui, de bonnes théories, non. Aussi l'analyse est-elle davantage intuitive, reposant moins sur la théorie que dans le cas de notre vision des marchés privés. Mais, même dans nos analyses des marchés privés, nous avons grandement compliqué notre vision en reconnaissant toutes sortes d'imperfections qui affectent la manière dont ils fonctionnent. Aussi, je vous présenterai la proposition d'une assurance maladie généralisée conçue comme conjuguant quelque chose que les marchés font mieux et quelque chose que le gouvernement fait mieux ; elle ne résoudra pas le problème des dépenses de santé. Mais nous savons qu'il est impossible de réussir une allocation totalement satisfaisante des ressources en matière de dépenses de santé ; nous pouvons seulement essayer d'optimiser sous des contraintes changeantes à l'arrière-plan.

Nous sommes tous familiers avec les difficultés de l'allocation des ressources en dépenses de santé qui ont été développées dans l'article classique de Kenneth Arrow en 1963. Je n'ai pas l'intention de les analyser dans le détail. Mon objectif est l'assurance maladie, et non les dépenses de santé.

Permettez-moi de vous donner les éléments essentiels de ma vision des dépenses de santé aux États-Unis. Il s'agit d'un marché en concurrence monopolistique, et non en concurrence pure et parfaite. Il y a non seulement des différences entre les fournisseurs des biens offerts, mais aussi des barrières significatives à l'évaluation d'autres solutions – le genre de situation que la théorie des tâtonnements essaie de décrire paraît ici très approprié. Dans les transactions individuelles entre le fournisseur et le patient, il y a des problèmes évidents d'évaluation de la qualité des services fournis. Le patient rencontre tout naturellement des problèmes pour juger de la qualité du médecin, par exemple. Mais il est utile de garder à l'esprit que le fournisseur a également des problèmes pour décider de la bonne thérapeutique. Puisque le fournisseur offre à la fois son avis et ses services, il y a là

un problème principal-agent⁴ réellement sévère. Il existe aussi une préoccupation sociale concernant la répartition de l'utilisation des services médicaux qui va au-delà de notre souci constant des questions de répartition des revenus. Cette préoccupation souci peut se fonder sur trois idées différentes : les dépenses de santé sont un bien tutélaire ; un altruisme spécifique à un bien est mis en jeu ; les soins médicaux sont un droit fondamental. Et, naturellement, il ne faut pas oublier l'effet de l'assurance sur l'activité de la branche des soins médicaux.

L'administration de l'assurance maladie est coûteuse, et elle ne peut être étudiée selon un modèle de l'assurance idéale sans chargements, c'est-à-dire un modèle où les primes sont égales aux sinistres attendus. Il est estimé qu'environ 12 % du chiffre d'affaires de la branche d'assurance maladie aux États-Unis sont absorbés par des dépenses administratives (Division of National Costs Estimates, 1987, tableau 21). De plus, ce pourcentage est fortement variable selon les différents types d'organisation de l'assurance. Arrow écrivait : « Il est très frappant d'observer que, parmi les polices d'assurance maladie des compagnies d'assurances en 1985, les divers chargements correspondaient à 51,6 % des primes totales encaissées dans le cas des polices individuelles et à seulement 9,5 % dans celles de groupe. » Un rapport récent du Bureau du budget du Congrès (CBO, 1991) cite une estimation due à la Hay-Huggins Company (« fondée sur les pratiques de souscription de grands assureurs ») qui lie les chargements aux prestations pour différentes tailles de groupes de salariés. Pour les groupes de taille 1 à 4, le rapport est de 40 %. Pour les groupes de 10 000 et plus, il est de 5,5 %.

Ces chiffres sont d'abord le reflet des économies d'échelle dans les transactions, y compris la publicité et les commissions aux intermédiaires. La sélection adverse contribue également au coût, à travers la nécessité de contrats très détaillés, ainsi que la rotation élevée qui caractérise le marché des petits groupes. Il peut s'agir d'un domaine où le choix entre diversité et coûts de transaction ne ressemble guère à ce que l'on observe pour la plupart des biens de consommation. Nous ne voulons pas que nos employeurs choisissent notre nourriture, nos vêtements ni nos lectures. Mais il ne semble guère y avoir d'objections à ce qu'ils rétrécissent le champ des polices d'assurance maladie à une courte liste, ou même à une seule police. Cela s'explique en partie par la reconnaissance du fait que le choix rationnel d'une police d'assurance est difficile et coûteux, et en partie par le sentiment que, si l'on met de côté le revenu et d'importantes conditions préexistantes, il peut ne pas y avoir beaucoup de diversité dans les préférences. Gardez cela à l'esprit pendant que j'évoque les problèmes de soins de santé ; j'y reviendrai.

A maintes reprises, le problème des soins médicaux a été l'un des thèmes vedettes des journaux américains. Il y a trois raisons à un tel intérêt. La première est le problème de l'accès aux soins, d'abord parce que quelque 35 millions de ci-

4. Situation où un acteur économique (le principal) doit prendre une décision concernant un agent économique en ignorant certaines caractéristiques de cet agent ou de son comportement. Par exemple, l'employeur n'observe pas les efforts de l'employé, ou l'assureur ne connaît pas la classe de risques de l'assuré (N.d.T.).

toyens n'ont pas d'assurance maladie (1 personne sur 7 dans la population non âgée), mais aussi parce qu'il est difficile dans de nombreuses localités d'être bien soigné lorsqu'on dépend de Medicaid, le programme public destiné aux plus démunis. La deuxième raison est le problème du coût. Les coûts totaux sont élevés : les dépenses de santé représentent 12 % du PNB. Sont également élevés les coûts supportés par les agents « sensibles », que sont les administrations publiques⁵ et grandes entreprises. La troisième raison est l'augmentation de ces coûts. Chaque fois que les prix augmentent de façon significative, l'information fait la Une des journaux et cela constitue une cause d'agitation politique, sinon nécessairement d'action politique.

Toute modification d'une situation donnée lui donne une publicité particulière. C'est le cas de l'accroissement régulier que l'on observe actuellement dans le coût des soins médicaux (par rapport au prix d'autres biens ou aux revenus des ménages). La part du produit national brut (PNB) allant aux dépenses médicales est passée aux États-Unis de 5,3 %, en 1960, à 7,3 % en 1970, 9,1 % en 1980 et à 12,2 % actuellement (1990). Si l'on prolonge naïvement la tendance observée pour les dépenses de santé par habitant sur la dernière décennie, il est prévu que les dépenses de santé atteindront 36 % du PNB en 2020 (projections du HCFA citées par le groupe d'experts sur l'avenir du financement des revenus de transfert et des dépenses de santé, 1991). Si l'on prend la tendance plus lente des deux dernières décennies, on arrive tout de même à 31,5 % (*ibid.*). Et cela avant que la génération du baby boom atteigne l'âge de 85 ans et que les coûts des maladies de longue durée décollent vraiment.

Même si la part de PNB que les États-Unis consacrent aux soins de santé est la plus importante de tous les pays de l'OCDE, on observe une tendance quasi générale à l'augmentation de cette part dans ces pays. En 1960, la part moyenne du PNB consacrée aux dépenses de santé dans les pays de l'OCDE était de 3,8 % ; en 1970, elle était de 5,3 %, puis de 7,4 % en 1985 (Schieber et Poullier, 1989, tableau 1). On y observe depuis longtemps une tendance à la hausse. Entre 1960 et 1987, aux États-Unis, les dépenses de santé à prix courants ont augmenté 34 % plus rapidement que le PNB nominal. En Allemagne, où cette élasticité est à peu près la même, le taux comparable était de 33 %. On trouve un taux compris entre 20 et 25 % en France, en Italie et au Japon, 14 % au Canada et 17 % au Royaume-Uni (Schieber, 1990, tableau 1). La tendance à la hausse se serait récemment ralentie dans de nombreux pays de l'OCDE, et, d'après certaines références, la part se serait « stabilisée », mais il me semble prématuré d'arriver à une telle conclusion.

Permettez-moi de passer maintenant des raisons pour lesquelles les dépenses médicales sont des thèmes journalistiques aux réflexions que suscite pour un économiste l'allocation des ressources dans ce secteur. Sauf lorsque je traiterai explicitement des Pays-Bas, je ne parlerai que du cas des États-Unis. Habituellement, on discute des soins médicaux sous trois aspects : l'accès aux soins, leur

5. Il est prévu que le Fonds fiduciaire de Medicare (Medicare Trust Fund) sera épuisé en 2005 (Board of Trustees, 1991).

coût et leur qualité. L'accent politique étant mis sur le coût, on entend plus particulièrement parler de propositions visant à améliorer la qualité lorsqu'on estime que ces propositions seraient susceptibles de réduire les coûts. Il est raisonnable de penser que la marge d'intervention publique dans le sens d'une amélioration de la qualité est considérable. La collecte et la dissémination de l'information sur la valeur des différentes procédures médicales incombent tout naturellement aux administrations publiques. Mais étudier ce point supposerait de mettre l'accent sur les soins médicaux plutôt que sur l'assurance. Aussi éviterai-je la question de la qualité et débiterai-je avec celle de l'accès.

A l'exception d'un petit nombre de personnes incapables d'acheter de l'assurance (étant donné l'organisation actuelle du marché de celle-ci), il est généralement admis que les gens ne s'assurent pas parce que cela leur coûte davantage que cela paraît devoir leur rapporter en ce qui les concerne. En portant un jugement sur cette décision, il est utile de conserver à l'esprit que c'est de l'assurance dont ces gens se passent, et non de la possibilité d'acheter des soins médicaux, étant donné leurs contraintes budgétaires (hors assurance), ou de celle de bénéficier de soins médicaux sans les payer.

Selon une estimation grossière, on peut dire que, aux États-Unis, les non-assurés bénéficient d'à peu près la moitié des soins qu'ils recevraient s'ils étaient assurés⁶. Il paraît utile de diviser cette population sans assurance en trois groupes. Certains ne sont pas assurés parce qu'ils perçoivent mal les risques ou les conséquences de cette décision. C'est le cas, par exemple, des jeunes de 19 à 24 ans, qui constituent 18,6 % des non-assurés. (Encore que l'absence d'assurance puisse être liée en partie au type d'emplois qu'occupent les jeunes travailleurs, emplois pour lesquels les employeurs ne fournissent pas souvent une couverture maladie, mais cela est également endogène.) D'autres sont sans assurance parce qu'ils sont pauvres : un tiers des non-assurés sont au-dessous du seuil de pauvreté et 60 % d'entre eux au-dessous de deux fois ce seuil. Pour eux, l'assurance maladie est coûteuse relativement à leurs revenus et il y a des possibilités de soins gratuits. Enfin, d'autres encore ne sont pas assurés parce que leur prime serait très élevée comparée à celle qui est demandée à d'autres assurés (élevée en fait par rapport à leurs revenus, qui ne sont pas nécessairement bas)⁷. C'est là que l'aspect de bien tutélaire des soins médicaux intervient.

Les primes relatives varient pour deux raisons. D'abord à cause des différences de coûts de transaction décrites plus haut, ensuite à cause de l'organisation de la demande sur ce marché. La question de savoir si le risque associé à un individu particulier est mutualisé avec d'autres risques, pour aboutir à un prix moyen, est également un problème très important pour l'allocation du risque, et je vais insister là-dessus.

6. Voir les résultats de l'étude repris par Garrison (1990).

7. Certains salariés ne souscrivent pas l'assurance proposée par leur employeur parce qu'ils constituent des risques plus faibles que la moyenne du groupe. Toutefois, cela n'explique pas pourquoi ces gens n'achètent pas d'assurance individuelle.

Nous pouvons diviser les risques de dépenses de santé sur l'ensemble de la vie en deux catégories. L'une est associée à la différence entre les dépenses annuelles effectives et les valeurs prévues de ces dépenses, les prévisions étant faites au début de chaque année. La seconde a trait au caractère aléatoire de ces dépenses prévues ou attendues lorsqu'on se place au moment de la naissance, ou de la conception, d'un individu, c'est-à-dire derrière le voile de l'ignorance. Alors que résumer à une seule période l'équilibre des marchés futurs est une démarche mathématique simple, ce n'est plus le cas si l'on considère l'ensemble des transactions futures. Foley (1970) et Hahn (1971) ont avancé que, du fait des coûts de transaction, les transactions futures ou les transactions se référant à des états de nature à probabilité suffisamment faible ne valent pas la peine d'être effectuées maintenant. Aussi voudrions-nous voir les gens assurer leur risque sur l'ensemble de leur cycle vital, préservant de façon idéale le lien entre les coûts futurs de l'assurance et leur comportement futur, mais non entre les coûts futurs de l'assurance et des événements aléatoires. Concrètement, nous voulons des primes plus élevées pour les fumeurs et les joueurs de hockey, mais pas nécessairement pour ceux qui souffrent d'un cancer du poumon ou de genoux abîmés. En conservant à l'esprit cet ensemble d'objectifs pour le marché de l'assurance, je vais m'attacher maintenant à évoquer le fonctionnement réel du marché de l'assurance maladie aux États-Unis⁸.

Aux États-Unis, les gens bénéficient d'une assurance maladie primaire de diverses manières. Medicare, un programme fédéral, couvre environ 13 % de la population, à la fois des personnes âgées et des invalides (Comité des voies et moyens, 1990, tableau 22). Medicaid, un programme pour les pauvres lancé à la fois au niveau fédéral et à celui des États fédérés, couvre 6 % de la population ; 29 % de celle-ci profitent d'une couverture collective grâce à leur employeur ; 28 % sont couverts collectivement à travers l'emploi d'un membre de la famille ; 9 % de la population sont dans l'autre catégorie d'assurances, qui inclut à la fois l'assurance individuelle et Champus pour les militaires ; 15 %, enfin, n'ont pas d'assurance.

Lorsqu'on évoque la couverture de groupe, il convient de conserver à l'esprit que 30 % des travailleurs sont employés dans des entreprises de moins de 25 salariés et moins de 40 % dans des entreprises de plus de 1 000 salariés (CBO, 1991b, page 28). Or les marchés fonctionnent très différemment pour les grands groupes et pour les petits (Bolnick, 1991 ; Comité sur la santé, Académie américaine des actuaires, 1990a, 1990b). Parmi les employeurs les plus importants (plus de 1 000 salariés), 70 % s'auto-assurent, ne s'adressant à des compagnies d'assurances que pour la fourniture des services de transactions, mais non pour l'assurance elle-même. Par contraste, le marché des petits groupes ressemble beaucoup plus à celui de l'assurance individuelle. Pour les polices individuelles, le marché présente trois caractéristiques. D'abord, un large éventail de primes d'as-

8. Pour une discussion sur l'état actuel de l'assurance maladie aux États-Unis, voir Aaron (1991). Pour une discussion de l'organisation de la concurrence et de l'efficacité dans les soins médicaux, voir Enthoven (1988).

assurance pour différentes catégories de personnes. En second lieu, la souscription, qui est le terme technique pour la sélection des demandeurs et qui permet de déterminer leur classe de risque, ainsi que de refuser de vendre à ceux qui ne sont pas considérés comme rentables compte tenu de la classification des risques et des taux utilisés. Troisièmement, dans certains États fédérés, il existe un fonds résiduel organisé par l'administration – sans souscription au sens ci-dessus – qui permet à tous les résidents de l'État d'obtenir une certaine couverture. Ce fonds résiduel est semblable à celui du marché plus connu de l'assurance automobile.

Le marché de l'assurance est couramment soumis à des problèmes de sélection adverse, dont le résultat peut être l'inexistence d'un équilibre concurrentiel (Rotschild et Stiglitz, 1976 ; Wilson, 1977). Le recours à la souscription est en partie à l'origine du problème, puisqu'il accroît les différences entre les mutualités. Toutefois, la conception des polices est également responsable : dans la mesure où certaines polices sont beaucoup plus attrayantes pour les gens bien portants, il se crée un phénomène d'auto-sélection susceptible de susciter le même type de problème.

En assurance décès temporaire, la garantie du caractère renouvelable des polices permet de se prémunir contre une augmentation de la prime en cas d'accroissement du risque de mortalité. Toutefois, la police classique ne garantit que le fait que l'on pourra obtenir de l'assurance à un certain prix, le choix des prix n'étant limité que par l'obligation pour la compagnie d'assurances de ne pas tarifier de façon discriminatoire.

La faible variation des prix est due à cette clause du contrat qui dépend de la stratégie commerciale suivie par la compagnie pour l'ensemble des assurés actuels et de la possibilité de faire la distinction entre anciens et nouveaux clients tout en demeurant en conformité avec les règles de non-discrimination. Pour comprendre le peu de valeur de cette garantie, prenons un exemple. Supposons (comme ce fut d'ailleurs le cas) que, initialement, les compagnies d'assurances vie tarifient de la même manière fumeurs et non-fumeurs. Puis certaines compagnies introduisent de nouvelles polices disponibles seulement pour les non-fumeurs. Lorsque l'on évalue les clients potentiels, on exclut les non-fumeurs en mauvaise santé, qui n'ont pas le droit d'acheter ces polices. Tous les non-fumeurs en bonne santé optent donc pour ce nouveau type de police. La garantie de renouvellement devient alors un droit d'acheter de l'assurance à des taux applicables à une mutualité de fumeurs et de non-fumeurs en mauvaise santé. Ainsi, l'assurance qu'un non-fumeur ne soit pas jugé en mauvaise santé s'est érodée.

De la même manière, les polices d'assurance maladie sont fréquemment renouvelées. Toutefois, du fait de l'existence de catégories de risques, cela fonctionne différemment de l'assurance vie. Aujourd'hui, les primes peuvent augmenter de façon considérable. De plus, les compagnies d'assurances abandonnent parfois des secteurs entiers. En juin 1991, Empire Blue Cross and Blue Shield (New York) a cessé de couvrir les groupes de professions libérales et du com-

merce, affectant plus de 100 000 personnes (*New York Times*, 13 juin 1991, p. D1). La promesse de vendre de l'assurance à un prix non déclaré n'est pas de l'assurance. La question est la suivante : sur quoi le prix est-il indexé ? Le fait que le coût moyen d'assurance puisse varier considérablement d'un groupe d'individus à un autre, et que le marché soit si fluctuant et que les individus changent fréquemment de source de couverture (par exemple en changeant d'emploi), laisse à penser qu'il est peu probable que la garantie de renouvellement soit une solution appropriée à ces problèmes.

De plus, l'assurance maladie est beaucoup plus complexe que l'assurance vie, car elle s'accompagne d'une plus forte probabilité de changer de compagnie. Je veux dire que, en assurance vie, on est soucieux de la solvabilité de la compagnie, donc de sa capacité à payer une somme promise. On est également soucieux de la tendance que peut avoir une compagnie à s'abriter derrière les clauses imprimées en petits caractères pour tenter d'éviter de payer ou du moins pour rendre plus coûteuse l'obtention d'un dû. Avec l'assurance maladie, il y a un problème supplémentaire important, né de la gestion des soins. En effet, les compagnies d'assurances essaient aujourd'hui d'affecter la fourniture des soins médicaux en négociant leur prix et en établissant des règles sur ce qui, dans cette fourniture, sera couvert par l'assurance. Toute modification des règles de fourniture des soins par une compagnie peut conduire à vouloir changer d'assureur. La valeur d'un contrat à long terme qui n'est pas complètement spécifié dépend de façon critique du comportement institutionnel des parties au contrat. Et celui-ci dépend à son tour à la fois des stratégies suivies par les parties et de celles des responsables de la compagnie. Ainsi, les contrats à long terme comme solution de l'assurance des risques intertemporels ne sont pas sans problèmes.

Aussi sommes-nous face à plusieurs problèmes lorsqu'il s'agit des marchés individuels ou de petits groupes. L'un de ces problèmes est la répartition du revenu. On pourrait grossièrement le résoudre avec des bons d'achat d'assurance⁹ (voir par exemple Pauly *et alii*, 1991). Rendre obligatoire l'achat d'assurance réglerait le problème de ceux qui choisissent de ne pas s'assurer parce qu'il existe des soins gratuits pour les non-assurés. Un autre problème est la prise en compte du fait que l'on n'est pas protégé contre le risque individuel d'une modification draconienne des primes. On pourrait le résoudre par une tarification au niveau de l'entité locale¹⁰, qui obligerait les compagnies d'assurances à faire payer le même taux à tout le monde (ou tout au moins à tous ceux qui appartiennent à la même classe de risque, fondée sur des données observables telles que l'âge), avec une adhésion périodique, contraignant les compagnies à accepter quiconque veut souscrire une assurance. Toutefois, la tentation serait forte de rallier un grand groupe (qui pourrait s'auto-assurer), afin d'échapper à la sous-tarification des personnes en moins bonne santé, acceptée dans les mutualités ouvertes à tous. Cela maintiendrait également l'incitation pour les compagnies d'assuran-

9. « Vouchers » (N.d.T.).

10. « Community rating » (N.d.T.).

ces à stimuler l'auto-sélection, et donc les coûts élevés de transaction associés à l'assurance individuelle. On ne voit pas bien à quoi l'on peut aboutir en combinant une réglementation directe du marché de l'assurance et la redistribution du revenu. Une proposition de réforme du marché de l'assurance des petits groupes a été avancée par l'Association américaine de l'assurance maladie (1991). La proposition néerlandaise discutée plus loin est également de ce type. Je suppose quant à moi une réorganisation plus radicale de ce marché plutôt qu'une réglementation directe associée à une redistribution du revenu. Je reviendrai sur la proposition néerlandaise après avoir présenté la mienne.

Il n'y a pas que les marchés individuels ou de petits groupes qui rencontrent des problèmes, c'est également le cas du marché des assurances collectives des grandes entreprises. C'est la conséquence de la mobilité des travailleurs¹¹. Le problème de sélection adverse de l'achat d'assurance est alors transféré tout naturellement sur le processus d'emploi. Je veux dire que certains salariés ont recherché des emplois pour l'assurance maladie qu'ils offraient plutôt que parce qu'ils leur convenaient. Les compagnies d'assurances et les employeurs ont essayé de se protéger de cette situation en instituant des limites à la couverture par les « conditions préexistantes ». Mais on retrouve là précisément l'absence de satisfaction du besoin de renouvellement. Même si les problèmes des grands groupes devaient devenir moins importants avec la réforme du marché des petits groupes, certains de ces problèmes persisteront aussi longtemps que l'assurance maladie sera liée de façon significative à l'emploi. Et pourtant, au contraire des « conditions de travail », l'assurance maladie n'est pas nécessairement liée à l'emploi. Ainsi, changer d'emploi à cause de l'assurance a des conséquences négatives en termes d'efficacité, alors que ce n'est pas le cas lorsqu'on change d'emploi pour obtenir de meilleures conditions de travail.

Pour résumer, voici les principes de combinaison de la réglementation et de la concurrence qui sous-tendent ma proposition. L'assurance maladie ne doit être fournie qu'à travers de grands groupes. La puissance publique forme ces groupes (sur une base géographique) en recourant à son pouvoir de contrainte. La concurrence est préservée sur le marché, les compagnies d'assurances privées se concurrençant pour intéresser les grands groupes. Il devra y avoir plusieurs groupes dans chaque région pour accroître la concurrence et fournir une norme de concurrence. Une agence publique semi-autonome sera créée pour remplir auprès de chaque groupe le rôle aujourd'hui tenu par les services sociaux des grandes entreprises. Un choix à partir d'un menu restreint de services sera offert aux individus de chaque groupe, mais l'organisation et la tarification de ces choix seront différentes de celles qui existent aujourd'hui dans les grandes entreprises. Le financement se fera à la fois par des impôts et par des cotisations. Tous les individus se trouvant assurés par des grands groupes similaires, on modifiera la

11. L'importance de ce problème peut être illustrée par l'estimation selon laquelle, chaque mois, près de 7 millions de salariés entrent ou sortent de la population active.

relation entre les compagnies d'assurances et les fournisseurs de services médicaux, ce qui permettra une limitation négociée des coûts.

I. PROPOSITION

Afin de bénéficier des avantages administratifs qu'offrent les grands regroupements et d'éviter les problèmes de sélection, je propose que le gouvernement divise la totalité de la population des États-Unis en de nombreux groupes. Ces groupes remplaceraient ceux qui sont fondés sur des critères d'emploi, supprimant la souscription individuelle d'assurance ou l'absence totale de couverture. Cette organisation remplacerait également les risques aggravés actuellement à la charge de Medicaid, encore qu'il puisse demeurer un besoin résiduel d'aide financière pour les pauvres, avec des primes, de la coassurance et des franchises¹². Le point de savoir si Medicare pourrait être éventuellement remplacé par ce système dépendra du degré de succès de ce dernier.

Pour organiser et soutenir ces grands groupes, la création d'un système fédéral d'assurance maladie¹³ est envisagée, Fedsanté, sur le modèle du Système fédéral de réserve. Il y aurait à la fois des bureaux régionaux et un bureau central ; ces deux niveaux disposant d'une certaine indépendance et étant soumis à un contrôle politique. Fedsanté pourrait aider à contenir les coûts et à assurer la qualité, mais j'insisterai ici sur son rôle dans la formation des groupes et dans la sélection assurancielles.

La première tâche de Fedsanté serait de définir des groupes d'assurés. L'inscription dans un groupe serait décidée par Fedsanté et non le fruit d'un choix individuel. La taille des groupes pourrait varier à la fois à l'intérieur d'une zone et d'une zone à l'autre en fonction de plusieurs principes. Les groupes seraient suffisamment importants pour que l'on puisse tirer avantage des économies d'échelle dans la gestion de l'assurance ; ils seraient suffisamment petits pour que la plupart des régions abritent un certain nombre de groupes indépendants que pourraient gérer différentes compagnies d'assurances, ce qui permettrait une norme de concurrence. Certains groupes devraient être suffisamment petits pour que la concurrence entre les compagnies d'assurances ne se limite pas aux compagnies géantes. Les groupes devraient être organisés sur une base géographique pour permettre des options du type HMO, où une seule institution fournit les soins de base et de type PPO, où le choix entre les fournisseurs primaires est limité¹⁴. Ainsi, un changement de résidence ou le mariage seraient des événements qui entraîneraient des mouvements individuels d'un groupe à l'autre, la réassignation étant effectuée par Fedsanté. De nouvelles réorganisations devraient être menées au fil du temps. La taille des groupes varierait entre 20 000 et

12. Déductibles (N.d.T.).

13. Que nous appellerons désormais Fedsanté (N.d.T.).

14. HMO : Health Maintenance Organization ; PPO : Preferred Provider Organization. Voir l'article de P. Warin dans ce numéro pour une définition de ces organismes (N.d.R.).

200 000 personnes au début. Pour faciliter la transition, ils seraient formés autour des regroupements d'employés et des HMOs actuels¹⁵.

L'analogie institutionnelle existante pour ces groupes est la création de titres adossés à des hypothèques par l'Association nationale fédérale hypothécaire (FNMA, dite « Fannie Mae ») : il s'agit des titres créés par la mutualisation d'un grand nombre d'hypothèques individuelles à l'intérieur de groupes¹⁶. Dans ce cas, les investisseurs peuvent acheter des parts de mutualités d'hypothèques, en étudiant les caractéristiques de l'ensemble des hypothèques dans la mutualité, sans avoir à se préoccuper d'évaluer dans le détail les hypothèques individuelles. De la même manière, la création de groupes d'assurés fournirait une occasion pour les compagnies de chercher à connaître la constitution du groupe à partir des caractéristiques importantes de ses assurés (âge, sexe, localisation, état initial de santé), sans essayer d'évaluer l'état de santé de chaque individu dans le détail. Une telle démarche fournirait la base de certaines des économies de coûts qui naissent d'opérations de groupe.

Ayant formé les groupes, nous devons considérer trois types d'interactions : entre Fedsanté et les compagnies d'assurances, entre les individus et leurs compagnies d'assurances, entre Fedsanté et les individus.

Au début, de nombreuses compagnies d'assurances se concurrenceraient pour obtenir le droit d'offrir de l'assurance à chaque groupe. Ce serait une concurrence du même type que celle qui se produit actuellement pour les grands groupes. Quelques questions intéressantes se posent quant à l'organisation du processus pour déterminer l'éventail des polices d'assurance et les prix globaux et individuels. Vaudrait-il mieux spécifier le menu entier des polices offertes et ne permettre la concurrence que sur les prix, ou permettre aux compagnies d'assurances des offres qui varieraient dans leurs détails et seraient sujettes à négociation ? Si le menu n'est pas détaillé, je soupçonne qu'il serait mieux de permettre aux compagnies de faire des offres pour la totalité, plutôt que de les laisser se concurrencer sur des articles isolés du menu. Avec des offres conjointes pour l'ensemble, la concurrence entre les options d'assurance de base serait fondée d'abord sur l'efficacité et sur les préférences individuelles quant aux différentes manières de soigner, et non sur un essai d'attirer les meilleurs risques. Nul doute que les gestionnaires des diverses branches de l'assureur unique tenteraient tou-

15. La proposition ne serait pas dénaturée si on permettait aux entreprises importantes (par exemple celles qui emploient plus de 1 000 salariés) de rester en marge du système pour l'ensemble de leur personnel, bien que cela puisse avoir pour effet de maintenir des barrières à l'allocation efficace de la main-d'œuvre. Dans ce cas, l'entreprise recevrait une somme d'argent (éventuellement, elle verserait une contribution) égale à l'économie de coût qu'elle occasionnerait aux groupes de santé (nette des primes à payer par ses employés). Les entreprises qui seraient les plus efficaces dans la fourniture de soins à leurs salariés pourraient agir ainsi, même si elles sont obligées de payer leur part du coût de la fourniture de soins médicaux aux pauvres et aux malades. Il serait également nécessaire d'assurer une continuité de couverture pour les salariés embauchés par une telle entreprise, ou la quittant, et de traiter comme un revenu imposable la valeur de l'assurance maladie dépassant celle qui serait disponible dans la couverture de base, nette de la prime. L'autorisation de s'exclure du système non seulement faciliterait la transition mais aussi préserverait les soins médicaux fournis par l'employeur là où cela est particulièrement commode. Tout en laissant la possibilité d'inclure l'option de soins médicaux fournis par l'employeur dans l'éventail de base offert par les groupes qui incluent les salariés d'une entreprise, la non-participation serait rendue moins compliquée. Sur le point de savoir si cela ajouterait à l'incitation pour l'entreprise d'offrir un environnement salubre, je reste quant à moi sceptique.

16. Des collègues ont suggéré d'appeler cette proposition Fannie Medic ou Healthy Mae.

jours d'attirer les meilleurs risques, mais cette incitation serait grandement diminuée. On pourrait partager les dépenses des groupes globaux, soit en introduisant un marché de l'assurance, soit par un accord de paiement, partiellement fondé sur les coûts, entre Fedsanté et la compagnie d'assurances¹⁷. Autre question liée au déroulement du processus : à partir de quel moment le choix du groupe est-il effectué seulement par Fedsanté (en prenant en compte les opinions individuelles) au lieu d'être décidé par les membres du groupe qui se mutualisent ?

Avec le temps, la compagnie d'assurances et le groupe pourraient négocier les primes pour la couverture de base du groupe entier, celui-ci se réservant la possibilité d'examiner des soumissions concurrentes et de rejeter la compagnie actuelle à cause de son service inadapté pour n'ouvrir les enchères qu'à d'autres compagnies. La compagnie avec laquelle est passé le contrat aura quelque avantage de coût (caché) sur ses rivales. Inversement, les investissements nécessaires pour la gestion de ces transactions ne seraient probablement pas si spécifiques au groupe que l'on ne puisse craindre qu'ils constituent une délimitation pour des négociations ultérieures. (Pour une discussion de tels contrats réglementés, voir Goldberg, 1976.) La norme de concurrence a un rôle évident à jouer dans ce processus (Shleifer, 1985).

Fedsanté aurait à surveiller la qualité et à traiter les plaintes concernant la compagnie d'assurances ; il aiderait celle-ci à la fois en matière de qualité et de contrôle des coûts ; il fixerait également des normes minimales pour les options d'assurance offertes. Les fonds reçus par la compagnie d'assurances proviendraient partiellement des assurés et partiellement de Fedsanté, qui opérerait une redistribution entre les groupes suivant des principes d'assurance sociale. C'est-à-dire que la prime payée par un individu varierait en fonction du choix de la police d'assurance, de la localisation (reflétant alors les différences, selon la localisation, entre les salaires, les loyers, etc.) et peut-être des caractéristiques individuelles, mais non du groupe particulier auquel l'individu est rattaché¹⁸. Le groupe représente ainsi une mutualité de risques dans la perspective de la compagnie d'assurances, mais pas totalement dans celle de l'assuré individuel. J'y reviendrai.

La compagnie d'assurances offrirait aux membres d'un groupe couvert un éventail réduit de possibilités. Cet éventail commencerait avec l'assurance maladie de base, dont nous déciderons collectivement qu'elle est la police minimale dont tous doivent bénéficier.

En plus, la compagnie offrirait en règle générale l'accès à des HMOs, et d'autres solutions de soins gérés¹⁹. Les membres du groupe devraient choisir l'une des options de base, le choix d'une telle option étant obligatoire. Pour les individus

17. Pour une discussion générale sur le partage des coûts de réglementation et de fourniture, voir Laffont et Tirole (1991).

18. Avec un vecteur de prix pour les diverses polices d'assurance, il ne peut y avoir qu'un seul prix (par personne) entre les groupes si l'on veut préserver la flexibilité des différents vecteurs pour les différents groupes.

19. Bien sûr, l'option HMO pourrait être choisie comme norme de base.

trop pauvres pour payer leur propre couverture, Medicaid aiderait à verser les primes et fournirait des copaiements ou rendrait obligatoire le recours à un HMO. La compagnie d'assurances aurait aussi la possibilité de proposer des polices complémentaires offrant une plus ample couverture. Chacun paierait la totalité des polices complémentaires qu'il aurait choisies (probablement sans avantages fiscaux)²⁰. Celles-ci pourraient couvrir les franchises et les copaiements, comme les polices de Medigap. Elles pourraient aussi couvrir des services non offerts dans la police de base parce qu'ils ne sont pas suffisamment importants ou suffisamment efficaces en termes de coûts²¹. Reste ouvert le point de savoir s'il vaudrait mieux permettre aux individus d'acheter une couverture complémentaire auprès d'autres assureurs, qui la proposeraient à tous les membres d'un groupe. Une telle possibilité accroîtrait la concurrence au niveau de l'offre, mais il faudrait agir pour corriger les effets externes (et donc les coûts) de la police de base. Si les polices complémentaires étaient souscrites auprès de la compagnie vendant la police de base, on pourrait tarifer les polices complémentaires en fonction du coût marginal par rapport à la police de base. Je soupçonne qu'il serait mieux de contraindre à ce que toute l'assurance maladie provienne d'une même source.

Chacun paierait, outre la totalité des polices complémentaires choisies, une prime couvrant certains des coûts de l'assurance de base. Un autre problème de fond est l'ampleur de la variation de la prime en fonction de l'état de santé ou du mode de vie, ou encore selon l'âge et le revenu. J'y reviendrai plus loin.

Pour préserver certains des aspects de la structure financière actuelle, on pourrait financer une partie des primes par une taxe spécifique sur les employeurs et une partie en recourant au budget général. Ainsi, le montant reçu par la compagnie d'assurances pour un groupe particulier et le montant payé directement par les individus du groupe ne seraient pas étroitement liés, permettant des subventions croisées favorables à des objectifs d'assurance sociale. Cette espèce de subventionnement croisé, à prix flexibles, n'a pas les conséquences du subventionnement croisé sans flexibilité des prix, lequel tend à gêner la fluidité du marché et « hante » l'assurance automobile de certains États fédérés.

Les individus traiteraient largement avec leurs compagnies d'assurances, comme ils le font aujourd'hui. Les insatisfactions quant aux services offerts par celles-ci seraient exprimées auprès de Fedsanté, ainsi que directement aux compagnies. Les insatisfactions quant à un bureau particulier de Fedsanté s'occupant d'un groupe seraient exprimées auprès du bureau central. La présence de groupes multiples laisserait ouverte la possibilité de comparer la qualité de performance des différents bureaux de Fedsanté ainsi que celle des différentes compagnies d'assurances.

Afin d'éviter la nécessité d'un vote annuel, Fedsanté bénéficierait de ressour-

20. Une optimisation simultanée des barèmes d'impôts et d'assurance serait une question intéressante à étudier.

21. La possibilité de disposer d'options séparées de soins médicaux de haute et de basse technologie est soulevée par le groupe technique sur la santé (Health Technical Panel, 1991).

ces fiscales affectées. Une législation directe pour agir sur la croissance des dépenses est toujours une option possible. L'économie politique de la localisation de différentes décisions auprès de diverses autorités politiques est une question intéressante. On peut considérer les différences possibles entre localiser la distinction entre polices de base et polices supplémentaires auprès des assemblées des États ou/et en confier la responsabilité à une entité analogue au Comité de politique monétaire (Open Market Committee) du Système fédéral de réserve, dont je rappelle qu'il dirige ladite politique. Une telle distinction entre base et supplément agit sur le choix de ce qu'il y a à couvrir. Sans cette distinction, il faut trouver un autre mécanisme pour déterminer dans quelles circonstances les services sont trop coûteux.

En résumé, ma démarche est fondée sur la création de grands groupes d'assurés, qui sont un élément nécessaire d'une fourniture efficace d'assurance. Cette proposition de formation des groupes est compatible avec d'autres organisations d'assurance. Elle évite le risque que la main-d'œuvre ne soit pas employée là où elle est le plus utile. Elle est également compatible avec des choix en matière de mécanismes visant à la qualité de l'assurance et au contrôle des coûts. C'est la conjonction d'une certaine souplesse dans l'organisation de l'assurance et de l'efficacité qui découle du choix de grands groupes, de la concurrence et des marchés privés qui rend si attrayante cette démarche.

Elle représente un mélange de prise de décision politique et de prise de décision individuelle dans la détermination des dépenses de maladie, avec une hégémonie de la décision politique dans l'assurance de base et un choix individuel dominant dans l'assurance complémentaire.

Deux raisons m'ont conduit à mettre l'accent sur le problème de l'accès. D'une part, c'est à ce niveau que j'ai quelque chose à proposer. D'autre part, je pense qu'il est préférable de décider d'abord de la méthode pour réaliser un accès généralisé et ensuite des méthodes de contrôle des coûts plutôt que l'inverse.

Actuellement, deux types de propositions de réforme sont avancés aux États-Unis. La première, imitée du Canada, fait disparaître en fait le rôle d'industrie de l'assurance, en mettant tout le monde dans un système uniforme conçu par l'État, avec tout au plus des variantes au niveau des États fédérés. (L'offre de la plupart des services médicaux directement par l'État n'est pas une option de politique sérieuse aux États-Unis.) L'autre proposition préserve l'industrie de l'assurance et une certaine latitude de choix individuel quant au degré de couverture. Les possibilités de contrôle des coûts sont très différentes dans un système à la canadienne où il y a un seul payeur et dans un système où les payeurs sont multiples. Aussi est-il primordial de décider d'abord de quel type de réforme on se réclame. Il est très difficile d'imaginer comment fonctionnerait aux États-Unis une modification aussi importante que celle qu'implique le modèle canadien. Je pense que, sur le plan politique, un programme pleinement étatique n'est pas à prendre sérieusement en considération. En plus, dans le contexte des États-Unis, rendre les

décisions en matière de soins médicaux si totalement politiques ne me semble pas approprié.

Dans le contexte de la sauvegarde de l'industrie de l'assurance et d'une certaine marge de choix individuel, il y a deux types de décisions à prendre. D'abord les groupes seraient-ils formés volontairement ou par une organisation étatique ? Par exemple, Medicare est un groupe formé par l'État, fondé sur des critères d'âge et d'invalidité. Ensuite, à l'intérieur d'un groupe, aurions-nous un plan conçu par l'État ou le choix à l'intérieur d'un éventail conçu par le marché privé ? Il me semble que la combinaison de la formation des groupes par l'Etat et de la conception de l'assurance par le marché privé est la meilleure sur le plan institutionnel.

II. L'ALLOCATION DES COÛTS ET LA TARIFICATION

Je reviens maintenant aux questions, soulevées plus haut, de tarification et de financement. Que ce soit ou non le gouvernement des États-Unis qui développe un système de couverture généralisée, l'État fédéral est impliqué dans l'allocation de la dépense médicale à l'intérieur de la population – y compris à travers les prestations financées par ressources fiscales et les dépenses fiscales. Une question est de savoir comment optimiser cette allocation. Une seconde a trait, pour autant que les gens bénéficient d'un choix en matière de plans d'assurance, aux problèmes de tarification liés à ce choix. Ces deux questions sont distinctes de celle de la conception optimale d'une police unique d'assurance. Pour plus de clarté dans l'examen de ces deux questions, je supposerai d'abord que les individus n'ont pas le choix de leurs plans, puis je considérerai les problèmes de tarification posés par la possibilité de choix.

Puisque les individus ont le choix de l'endroit où ils veulent vivre, il serait convenable de préserver une variation géographique dans la tarification, qui refléterait les différences dans le coût de la fourniture des soins médicaux.

Les principes assuranciers optimaux incitent à des comportements visant à réduire les dépenses liées à la santé, en partie pour compenser les problèmes de risque moral induits par l'assurance. Outre un recours à l'information pour améliorer la santé, le gouvernement peut utiliser des incitations financières de trois manières. La première est de taxer ou de subventionner les achats d'autres biens que la santé, pour autant que cela conduise à un changement de comportement dans le domaine de la santé. La deuxième manière est de faire varier les primes en fonction des comportements, pour autant que ceux-ci puissent être mesurés facilement. La troisième est de faire varier les primes, jusqu'à un certain point, en fonction de l'expérience des dépenses antérieures (Shavell, 1976). Je soupçonne que les deux derniers éléments entraînent peu de rendement social.

Au-delà de ces problèmes d'efficacité, nous rencontrons une question de répartition. Puisque les individus n'ont pas une contrainte budgétaire intertemporelle unique durant leur vie, on peut se demander si les primes doivent varier

avec l'âge²². Les contraintes de liquidité rendent apparemment attrayante une structure variant avec l'âge, encore que les primes variant avec le revenu puissent se substituer dans une large mesure aux primes liées à l'âge pour une structure donnée des revenus durant le cycle de vie. De plus, l'écart entre l'échelle des tarifs liée à l'âge et les coûts attendus fondés sur l'âge peut être considéré comme une redistribution entre des individus bénéficiant d'espérances de vie différentes (dans une optique *ex ante*) et entre des gens dont la durée de vie effective se révèle différente. Concevoir un système optimal semble un sujet de recherche intéressant.

Après la retraite, le revenu ne s'accroît pas avec la durée de la vie, au contraire des dépenses, ce qui suggère des principes de tarification différents avant et après l'âge de la retraite. Ainsi, il est probablement judicieux de lisser – pour le moins – les cotisations liées à l'âge, au-delà de la retraite, comme cela a été fait aux États-Unis avec Medicare, et également de les subventionner. Présenté différemment, le système de revenu de retraite optimal dépend de la structure des dépenses médicales. Puisque les dépenses peuvent croître à un taux différent de celui auquel progressent les revenus, on peut obtenir un système plus stable en choisissant de façon explicite des systèmes séparés de retraite et d'assurance maladie pour les retraités plutôt que d'avoir des primes d'assurance maladie indépendantes de l'âge. Encore une fois, il me semble qu'il y a là un thème de recherche intéressant.

Puisqu'il y a également un problème de continuité lorsqu'on change de système, la solution raisonnable serait d'avoir des cotisations liées au revenu pour financer une partie des primes et des primes variant en fonction de l'âge (et de la localisation) pour le reliquat.

J'en viens maintenant à la question des différences de tarification de programmes concurrents d'assurance, que ces différences reflètent des couvertures de base concurrentes ou le choix possible d'un plan supplémentaire. Je commencerai par indiquer les raisons qui font que l'on peut vouloir disposer d'un choix entre des programmes d'assurance plutôt que d'avoir un seul programme conçu par le gouvernement, même s'il est bien conçu. Il y a des différences dans les préférences en matière de services médicaux. En particulier, des personnes différentes ressentent différemment la nécessité d'un choix entre les médecins et les autres fournisseurs de soins. Certains veulent pouvoir choisir leurs médecins sans interférence du mécanisme d'assurance. D'autres veulent que le choix soit effectué pour eux. D'autres enfin se situent entre ces deux extrêmes. Dans la mesure où le coût de la fourniture des services et l'utilité des copaiements varient suivant les programmes d'assurance, il est efficace de préserver des choix et d'utiliser la tarification pour les guider.

De la même manière, des gens différents ont des attitudes différentes face à des mesures médicales coûteuses de dispositions naturelles ou qui étendent la

22. La structure des primes liées à l'âge est également importante pour ce qui concerne les conséquences, en termes de répartition, de la transition vers le nouveau système.

durée de la vie. Dans tous les systèmes médicaux, il y a des mécanismes pour rationner les soins. Parfois, cela provient de règles explicites concernant le bénéficiaire. Parfois, cela provient de limitations d'offres avec un mécanisme de rationnement. Il est aussi courant d'allouer des avantages annexes, tels que des chambres individuelles à l'hôpital, avec supplément de prix, la couverture dépendant de l'achat de polices complémentaires. En tant qu'économistes, il nous paraît naturel de penser à utiliser la tarification pour rationner les soins. C'est-à-dire que concevoir différents programmes d'assurance qui offrent différents degrés d'accès à des examens visant à un diagnostic et à des traitements coûteux me paraît approprié. L'accès à de tels examens et à de tels traitements étant de plus en plus facilité, cette démarche sera raisonnable pour un nombre croissant de dépenses. Par exemple, si la capacité d'une personne à continuer à jouer au tennis dépendait de dépenses médicales considérables qui ne serviraient guère à autre chose, il serait insensé de traiter cela comme un droit semblable à celui d'avoir accès à des courts de tennis²³.

Indépendamment de ces problèmes de préférence, il y a une incertitude considérable quant à l'efficacité des différentes manières d'organiser l'offre et l'allocation des soins médicaux. Disposer de compagnies d'assurances privées proposant plusieurs manières d'organiser les soins médicaux peut être utile pour explorer les solutions concurrentes et pour s'adapter à une technologie en évolution permanente, à la fois en matière de services médicaux et en matière de gestion.

Cela conduit tout naturellement à la question de savoir comment tarifier les solutions concurrentes. S'il y a une concurrence séparée pour chacun des articles d'un programme d'assurance, on aura tendance à pratiquer une tarification au coût moyen pour les différents articles, ou au coût moyen pour chacune des classes de risque identifiées. Mais il ne s'agit pas là d'un mécanisme efficace de fixation des prix, puisque le coût de la fourniture de services diffère selon les individus placés dans la même classe de risque. Même si les primes varient en fonction des catégories démographiques, il y aura des différences significatives de coûts entre les individus d'une même catégorie. Ainsi rencontrerons-nous un problème de sélection adverse entre les articles du menu proposé au groupe. Naturellement, il n'y a pas moyen d'éviter la présence d'un problème de tarification de second rang²⁴. Pour autant que les individus diffèrent quant au coût des services qui leur sont fournis, une tarification uniforme ne sera pas totalement efficace. Mais nous pourrions nous interroger sur les règles conduisant à une tarification uniforme efficace (de second rang). Arriver à de telles règles impliquera de choisir entre des distorsions concurrentes.

Il y a deux points que je veux soulever concernant une telle variation, sans en-

23. La distinction entre les polices de base et complémentaires doit refléter la possibilité pour la société de refuser certains soins médicaux *ex post* à ceux qui n'ont pas choisi une assurance complémentaire. Certains types de soins sont relativement plus faciles à refuser.

24. « Second best » (N.D.T.).

trer dans l'analyse de la tarification optimale. D'abord, si l'on a une seule police, c'est-à-dire une absence de choix, on peut souvent mieux arriver à un optimum parétien en introduisant un autre choix. Si une solution concurrente est acceptée par un groupe lorsqu'elle est tarifée au coût marginal total, ou au-dessus de ce coût, offrir une telle solution entraîne un gain parétien²⁵. Naturellement, le cas où un prix couvre le coût marginal et est en même temps acceptable ne se rencontre pas toujours. Précisons. Supposons que chacun ait une police obligatoire et paie la prime demandée. Considérons la distribution simultanée dans la population des gains d'utilité engendrés par le passage à la police concurrente (mesurés en unités de revenu) et des augmentations de coût dus à ce passage. Pour toute différence de prix due au changement de police, ceux qui bénéficient de gains d'utilité supérieurs à cette différence de prix changeront de police. Si l'augmentation de coût moyen pour la population qui opère un tel changement est inférieure à la différence de prix, ceux qui changent y gagneront, ceux qui ne le font pas ne seront pas affectés, et la contrainte de ressources aura été desserrée. Il y a bien un gain parétien²⁶. Veuillez noter que, au cours de mon analyse, je suppose qu'il n'y a pas d'effet de la répartition globale des choix d'assurance sur les coûts imposés à un individu. Il s'agit là d'une hypothèse qui n'est pas totalement appropriée en assurance maladie, bien qu'elle nous aide à isoler certains des problèmes. De la sorte, les différences individuelles suggèrent que l'amélioration parétienne peut bien être possible si la possibilité de choix est introduite, à condition que la tarification soit bien conçue.

Pour comprendre l'importance d'une tarification bien conçue, ma seconde observation est que l'utilisation de la tarification au coût moyen et le passage d'un choix unique à un ensemble d'alternatives peut avoir pour résultat une détérioration parétienne. Pour comprendre cette possibilité, je vais décrire un exemple où il y a deux équilibres de coûts moyens comparable suivant le critère parétien au cas de deux polices différentes²⁷. Dans le meilleur équilibre, chacun a la même police, qui peut être la politique unique obligatoire. Considérons une économie avec deux catégories de polices, qui diffèrent à la fois dans les préférences et

25. Cet argument, conjointement aux conditions pour l'existence d'une telle police de point mort, a été utilisé dans un contexte différent par Wilson (1977) pour conclure qu'une amélioration parétienne résultant d'un équilibre concurrentiel était possible.

26. Cette démarche, pour engendrer une amélioration parétienne, ne crée pas en général un maximum de bien-être. Pour analyser la tarification optimale, supposons que l'utilité individuelle espérée varie linéairement avec le revenu disponible pour acheter des biens autres que les soins médicaux. Supposons que le bien-être social est la somme des utilités exprimées sous cette forme additive, de telle sorte que les problèmes de répartition du revenu n'interfèrent pas. Supposons qu'il y a deux plans d'assurance maladie, A et B. Considérons l'ensemble de gens dont l'utilité attendue du plan A moins l'utilité attendue du plan B est égale à u . Écrivons $c(u)$ la différence des coûts moyens d'assurance espérés dans les deux plans pour cet ensemble. Nous supposons que tant les utilités espérées que les coûts espérés sont indépendants du nombre d'individus choisissant les plans concurrents. Chacun doit choisir l'un d'entre eux. La différence de prix des deux plans sera p . Dans ces conditions, tous ceux dont $u > p$ choisiront le plan A. Les coûts totaux seront les coûts observés si chacun choisit B plus la différence de coûts pour ceux qui choisiront A. De la sorte, le bien-être social (à une constante près) peut être écrit comme la somme de $u - c$ pour tous les gens tels que $u > p$. Le problème est de choisir p pour maximiser cette somme. En supposant que $c(u)$ est une fonction continue, le p optimal s'établira à un point où $u = c(u)$. Choisir celui des points (s'il existe) faisant que cette condition est optimale est un problème de comparaison discrète. Avoir tout le monde dans A ou avoir tout le monde dans B sont les autres solutions candidates à l'optimalité. De façon claire, les problèmes de tarification pour plus de deux polices, de conception de polices et d'estimation des choix et des coûts en fonction des prix sont considérablement plus compliqués.

27. Concernant cette possibilité sur le marché des véhicules automobiles d'occasion, voir Wilson (1980).

dans les coûts de fourniture de l'assurance. Commençons avec une police unique obligatoire dont la prime est égale au coût moyen des deux groupes combinés. Supposons qu'il y ait une police concurrente offerte à son prix de revient, dans la catégorie à bas coût. Supposons que les assurés ayant choisi celle à coût élevé ne changent pas de police à ce prix et que les assurés à bas coût en changeraient si la police originelle était tarifée au coût des assurés à coût élevé, mais n'en changeraient pas si elle était tarifée au coût moyen de deux groupes. Nous avons alors deux équilibres parétiens comparables. Si les assurés à bas coût changent, leur situation devient moins bonne, et les assurés à coût élevé, qui conservent la police originelle, doivent payer un prix supérieur et sont eux aussi en moins bonne situation²⁸.

C'est l'inefficacité de la tarification à coût moyen qui me conduit à vouloir voir des groupes de compagnies enchérir pour l'ensemble d'un programme d'assurance, encore que des règles concurrentes de subventionnement croisé puissent être utilisées à la place. Les enchères par des compagnies impliqueraient en conséquence des enchères à la fois sur le coût de l'ensemble et sur les écarts de prix associés aux différentes polices, puisque cela affecte les coûts totaux. Comme la tarification minimisant les coûts n'est pas nécessairement la tarification optimale sur le plan social, les règles d'acceptation des soumissions doivent considérer la tarification de polices concurrentes. Les règles de tarification optimale représentent un autre programme de recherche potentiellement intéressant.

Au cours du temps, les préférences individuelles quant aux polices vont évoluer avec les goûts, la technologie médicale, les revenus et la modification des états de santé. Une autre question intéressante concerne les règles s'appliquant au moment de la possibilité de changement et à la manière de faire payer les nouveaux cotisants, relativement aux anciens, lorsqu'un changement a eu lieu. Naturellement, avec une technologie et des préférences qui évoluent, la distinction entre polices de base et complémentaires et leur tarification sont des problèmes permanents qui appellent une révision continue. Ce sera le rôle de Fedsanté, qui développerait son expertise dans la réponse à ces problèmes.

III. LA PROPOSITION DE RÉFORME DE L'ASSURANCE MALADIE NÉERLANDAISE²⁹

En mars 1987, un comité désigné par le gouvernement néerlandais a publié un rapport recommandant l'introduction d'une assurance maladie de base obliga-

28. Pour percevoir cela de façon formelle, appelons les deux catégories d'individus 1 et 2 et les deux types de polices a et b. Supposons un nombre égal de polices dans chaque catégorie. Notons c_i le coût d'assurer la catégorie i avec la police j et $u_{ij} - p_j$ l'utilité attendue par la catégorie i de l'achat de la police j au prix p_j . Lorsque tout le monde reçoit la police a, les deux utilités espérées sont $u_{i1} - (c_{1a} + c_{2a})/2$, $i = 1, 2$. Pour qu'il y ait une détérioration parétienne avec deux polices, il faut que la catégorie 1 continue d'acheter la police a ($u_{1a} - c_{1a} > u_{1b} - c_{1b}$) à un prix plus élevé qu'auparavant ($c_{1a} < c_{2a}$), et que la catégorie 2 achète la police b ($u_{2b} - c_{2b} > u_{2a} - c_{2a}$) avec une utilité plus faible qu'auparavant ($u_{2b} - c_{2b} < u_{2a} - (c_{1a} + c_{2a})/2$). Cette combinaison de valeurs est de toute évidence possible.

29. Pour une description de l'assurance maladie aux Pays-Bas et une étude de son évolution, voir le ministère du Bien-être, de la Santé et des Affaires culturelles (1989, 1988). Mon propos s'appuie aussi largement sur Schut (1991), Van de Ven (1990, 1991) et Van de Ven et Van Vliet (1990).

toire fondée sur une concurrence réglementée entre assureurs privés. Depuis 1989 a eu lieu une restructuration graduelle du système de soins médicaux néerlandais. Dans un premier temps, le système était composé d'une couverture obligatoire pour les dépenses médicales exceptionnelles de l'ensemble de la population, d'une couverture obligatoire pour les dépenses médicales régulières des quelque 60 % des habitants ayant des revenus inférieurs, d'une couverture obligatoire pour les fonctionnaires (environ 5 % de la population) et d'une d'assurance privée pour les 35 % restants. En outre, il est possible de prendre une assurance complémentaire privée dans certains cas.

En résumé de son document de politique intitulé « Le changement assuré », le gouvernement écrivait : « Il y a plusieurs anomalies dans le système de soins actuel qui ne peuvent être supprimées sans d'amples réformes. Il s'agit notamment de la structure fragmentée du financement, du manque d'incitation à l'efficacité et à la prise en compte des coûts, de la consommation irrationnelle des soins de santé et des services sociaux et de la rigidité du système due à une pléthore de réglementations » (ministère du Bien-être, de la Santé et des Affaires culturelles, 1988, page 65).

Il y a dans la réforme proposée de nombreuses modalités – y compris des lois nouvelles sur les rapports entre assureurs et fournisseurs de soins – que je ne mentionnerai pas. Je m'en tiendrai à un résumé de la structure néerlandaise permettant la comparaison avec ma proposition de couverture obligatoire de groupe. L'ensemble des prestations de l'assurance obligatoire de base est conçu par le gouvernement pour couvrir plus de 95 % de tous les coûts médicaux. Une cotisation variant en fonction du revenu et versée à un fonds central couvrira au moins 85 % du coût total de l'assurance. Les 10 à 15 % restants seront couverts par une prime fixe payée directement par l'individu à la compagnie d'assurances qu'il a choisie. Le fonds central paiera les primes aux compagnies d'assurances choisies en se fondant sur les prévisions de coûts médicaux. Ainsi, les sociétés d'assurances reçoivent des paiements à la fois des individus et du fonds central ; elles doivent appliquer les taux calculés sur une base communautaire pour la partie payée individuellement et accepter l'adhésion d'assurés par périodes de deux ans.

Ainsi, les sociétés d'assurances négocient avec les fournisseurs de soins médicaux et déterminent la cotisation fixe. Ce qui veut dire qu'elles se font concurrence pour attirer les assurés à travers le niveau de la prime fixe et la combinaison du choix des fournisseurs de soins et des règles déterminant l'accès aux services médicaux. Le gouvernement limite la tentation de rechercher des individus à bas risque en rendant les transferts prélevés sur le fonds central fonction des risques couverts. Il réduit en outre la possibilité de faire de discriminer entre les risques par des règles de souscription ouverte et par le programme global de prestations minimales qu'il impose aux assureurs.

Si l'on compare cette démarche à celle de la couverture obligatoire de groupes, la première permet davantage de choix entre les sociétés d'assurances, ce qui

entraîne probablement des coûts administratifs plus élevés, notamment de publicité et de commissionnement. Le subventionnement croisé entre compagnies par le fonds central est fondé sur des considérations de coût moyen et non sur les considérations d'optimisation marginale que permet un éventail réduit proposé par un assureur unique. Du fait qu'une part importante des dépenses est couverte par le plan de base, la conception des polices, en termes de services couverts, est effectuée par le gouvernement plutôt qu'à travers un mécanisme impliquant à la fois le gouvernement et le marché. L'importance de cette distinction dépend du degré de recours à la budgétisation directe ou à l'encadrement de l'offre, ainsi qu'à l'organisation de la demande.

La comparaison entre les deux démarches bute contre un problème critique : pour ce qui est de la proposition néerlandaise, dans quelle mesure les compagnies d'assurances vont-elles gaspiller des ressources dans leur recherche continue des meilleurs risques ? Il y a deux dimensions à ce problème. L'une est la sélection induite par la publicité ciblée et la facilité d'accès à leurs services offertes par les sociétés d'assurances. L'autre est la sélection qui provient des détails de la couverture offerte comme par exemple le choix de spécialistes. Dans un article sur l'« écrémage », Van de Ven et Van Vliet (1990) décrivent les différentes voies par lesquelles les sociétés peuvent à la fois essayer d'attirer les bons risques et de tenter de décourager le renouvellement des mauvais. Cet élément de recherche du profit est peut-être ce que les entreprises privées font le mieux. De plus, elles ont avancé que la formule du gouvernement pour les paiements aux compagnies d'assurances donnera inévitablement moins de résultats que la capacité des compagnies à identifier les bons risques. Aussi l'incitation à la sélection demeurera-t-elle de taille.

Le risque de migration³⁰ est tout naturellement important dans un tel système. S'y ajoute ici un élément supplémentaire d'inquiétude quant au désir accru de changer de compagnie d'assurances en fonction de considérations de santé. C'est-à-dire que les individus en bonne santé sont précisément ceux qui tendent à accorder le moins de valeur à leurs rapports du moment avec les fournisseurs de soins. La preuve d'une telle corrélation entre état de santé et changement de compagnie a été observée aux États-Unis avec la tendance à passer de la couverture de base à la fois aux HMOs et aux PPOs (Strumwasser *et al.*, 1989). Dans la mesure où les compagnies d'assurances ne donnent pas accès aux mêmes fournisseurs (ce qui constitue une partie importante de la concurrence proposée) et où la création de nouvelles compagnies attire les bons risques, la tendance à la migration subsistera.

Ces préoccupations devraient être facilement mises à l'épreuve dans l'expérience néerlandaise, puisqu'elles sont moins difficiles à observer que d'autres, telles que l'effet sur l'efficacité économique. Comme l'a écrit Van de Ven (1991), il y aura d'intéressantes leçons à tirer du projet néerlandais.

30. « Churning » (N.d.T.).

IV. LE CONTRÔLE DES COÛTS

Quoique le contrôle des coûts ne soit pas l'objet de ce papier, je voudrais l'évoquer brièvement. Je soupçonne que les problèmes de coût jouent un rôle primordial dans la pression politique qui s'exerce aux États-Unis pour changer le système, en dépit de l'importance des problèmes d'accès. Or mes propositions privilégient l'accès, non les coûts ; et toute proposition qui élargit l'accès tend à accroître les coûts. Sans doute peut-on envisager une économie immédiate sur les coûts administratifs. En partant de l'estimation que les dépenses de gestion des primes d'assurance maladie sont de l'ordre de 12 % et que les compagnies privées pratiquant l'assurance maladie couvrent un tiers du total des dépenses médicales, une réduction de moitié des coûts administratifs économiserait 2 % des dépenses médicales, ou 0,25 % de PNB. Cette économie non négligeable ne compense toutefois pas le coût engendré par l'accès à l'assurance maladie de ceux qui n'en bénéficient pas actuellement, sans compter le coût d'une amélioration des soins pour la population couverte par Medicaid. Pour évaluer les conséquences en termes de coût de ma proposition, il est donc important d'étudier dans quelle mesure la redéfinition de l'assurance peut favoriser une tentative de contrôle des coûts.

Pour faciliter le débat sur les coûts, on distingue deux types d'analyse : statiques et dynamiques. Les analyses statiques mettent l'accent sur les déterminants du niveau courant des dépenses globales de maladie. Les analyses dynamiques sélectionnent les éléments qui manquent dans l'image statique. Il y en a deux : l'un est l'ajustement retardé aux facteurs statiques sous-jacents – cet ajustement a parfois été substantiel – l'autre est la dynamique de la technologie. La recherche et le développement sont encouragés par des dépenses publiques directes et par les occasions espérées de profit. Une modification de l'architecture du remboursement des services médicaux agira sur ces dernières. Rendre la demande plus sensible au prix et moins sensible à la qualité modifiera la recherche et éventuellement la technologie³¹. Il y a des considérations semblables dans les décisions d'investissements, par exemple pour les hôpitaux et les centres de diagnostic. Nous y reviendrons à propos des questions statiques.

Lorsqu'on pense aux coûts (l'accès étant maintenu constant), il est naturel de raisonner en termes de prix et de quantités, s'il existe une commission ou un chargement pour le service. Avec les systèmes de capitation (des paiements fixes annuels), on a le même problème de quantité des services à financer. Une option de capitation (HMO) pourrait être proposée dans un éventail idéal. Mais permettez-moi de parler de la partie « commission » destinée à rémunérer le service rendu par l'entité qui propose le plan, laquelle, à mon avis, devrait continuer d'exister³².

Dans un environnement de concurrence monopolistique, le comportement

31. Pour un débat sur les interactions entre l'assurance et la recherche-développement, voir Weisbrod (1991).

32. Pour une étude de la concurrence organisée et de l'efficacité dans le domaine des soins médicaux, voir Enthoven (1988).

de prix dépend de l'élasticité de la demande. L'assurance modifie l'élasticité de la demande, qu'il y ait des copaiements proportionnels ou un remboursement fixe. Du fait de la modification de l'élasticité de la demande, trois démarches, en termes de tarification, deviennent possibles : s'en remettre à l'État pour la détermination du prix ; essayer d'influencer l'élasticité de la demande en modifiant les règles de remboursement ; s'engager dans des négociations *ex ante* avec les fournisseurs de soins pour déterminer les prix. Un exemple type d'action sur l'élasticité est le plafonnement du montant qui sera remboursé. On peut aller plus loin avec des règles qui font varier les remboursements selon les fournisseurs ou les coûts des fournisseurs. Par exemple, on peut lier le remboursement de façon négative au prix payé au-dessus d'un certain plafond.

Mais comment établir un tel plafond ? Dans les contrats à long terme, on recourt généralement à un indice pour le plafonnement. S'il n'y avait que quelques assurés, il serait naturel d'indexer le plafond sur les prix payés par les non-assurés. Mais, dès que les assurés sont suffisamment nombreux sur le marché, une telle démarche n'est plus viable. La tarification est faite en considérant d'abord les assurés. Cependant, avec un délai, les limites de prix sont fondées sur ces mêmes décisions de tarification. Ainsi, en faisant exception des gains qui peuvent provenir de ce délai, s'agit-il en fait d'indexer le plafond des prix sur les prix eux-mêmes ? Cela ne marche pas, de toute évidence. En pratique, le résultat est de limiter les variations de prix, mais cela a pour conséquence une tarification arbitraire au cours du temps, puisque les augmentations en pourcentage ne sont pas indexées sur quelque chose d'utile. L'autre branche de l'alternative à l'indexation sur les prix est l'indexation sur les coûts³³. J'imagine que toute la redevance couvrant l'assurance pour le service des soins médicaux fonctionnera à l'équilibre de la façon suivante : soit les prix seront négociés auparavant entre les assureurs et les fournisseurs de soins, soit les limites de remboursement devront être indexées sur les coûts. Naturellement, il s'agit d'une indexation sur les coûts agrégés, non sur le coût du fournisseur particulier.

Il y a toute une série d'incitations pour encourager les fournisseurs à négocier plutôt que d'établir des redevances sujettes à des règles de remboursement des patients. Ces incitations incluent des mécanismes convenables de paiement direct tout autant que la menace implicite dans les règles de remboursement. Ma proposition contribue à contenir les coûts dans ce système en diminuant le nombre d'acheteurs d'assurances de groupe et la diversité des polices d'assurance. Elle accélère probablement la convergence de ce processus. Un nombre réduit de plans d'assurance aidera également à réduire les coûts administratifs des fournisseurs.

Les quantités appellent une analyse différente, fondée sur le mode de décision des fournisseurs et des patients et sur les nombreux facteurs qui peuvent influencer ces décisions. Nombre d'expériences ont lieu actuellement sur la modifica-

33. C'est ainsi que fonctionne l'échelle des valeurs relatives fondée sur les ressources (Hsiao *al.*, 1988).

tion du comportement et des incitations des fournisseurs et sur la « gestion » directe des soins. Ce que j'ai pu lire à ce sujet me conduit à conclure qu'il n'y a pas de verdict définitif sur ce qui marche, c'est-à-dire sur ce qui est utilisable comme base de franchises, et non pas fondé sur les talents d'un gestionnaire particulier. La préservation de l'assurance privée est la préservation des incitations actuelles à la recherche d'options de soins organisés. La structure des groupes obligatoires devrait également se révéler utile en permettant la collecte de données qui sont plus aisément analysables que c'est le cas aujourd'hui.

Sur la longue période, il est important de développer des mécanismes permettant de déterminer les services qui ne valent pas leur coût, même s'ils entraînent quelque bénéfice en termes médicaux. Il y a là une décision difficile et douloureuse à prendre. Ma proposition tient compte de ce processus en établissant une distinction fondamentale entre les polices de base et les complémentaires. Ainsi, les problèmes de coûts sont pris en considération plus largement qu'aujourd'hui dans la couverture de base, tandis que la couverture complémentaire constitue une sorte de soupape de sécurité pour les gens qui veulent l'acheter, mais ne semble pas avoir suffisamment de valeur, relativement aux coûts, pour être incluse dans le plan de base. L'inclusion dans le plan de base étant sensible aux coûts, on a une incitation accrue à la recherche et au développement de substituts moins coûteux aux diagnostics et aux traitements médicaux actuels. Cela complétera la modification des incitations dues à celle des remboursements d'assurance. Permettre à tous de bénéficier d'une assurance de groupe n'est que le premier pas dans le processus, actuellement en cours, d'amélioration de l'allocation sur ce marché. Ce processus de conception de nouvelles structures institutionnelles est une source fructueuse de problèmes de recherche intéressants ■

Bibliographie

- AARON, HENRY, J. (1991), *Serious and Unstable Condition, Financing America's Health Care*, Washington DC, The Brookings Institution.
- ARROW, KENNETH, J. (1963), « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », *American Economic Review*, n° 53, p. 941-973.
- BOARD OF TRUSTEES, FEDERAL HOSPITAL INSURANCE TRUST FUND (1991), *1991 Annual Report*, Washington DC, US Government Printing Office.
- BOUNICK, HOWARD, J. (1991), *Small Business Health Insurance Market Structure : Improving Prospects for Effective Reform*, unpublished, Celtic Life Insurance Company.
- COMMITTEE ON HEALTH, AMERICAN ACADEMY OF ACTUARIES (1990a), « Testimony », before Subcommittee on Health, Committee on Ways and Means, US House of Representatives, Hearings on Health Insurance in the Small Group Market, April 3, Washington DC, US Government Printing Office.
- (1990b), « Testimony », before Subcommittee on Health, Committee on Energy and Commerce, Subcommittee on Commerce, Consumer Protection and Competitiveness, US House of Representatives, Hearings on Access in Health Insurance, Who is « Medically Insurable ? », September 19, Washington DC, US Government Printing Office.
- COMMITTEE ON WAYS AND MEANS, US HOUSE OF REPRESENTATIVES (1990), *Overview of Entitlement Programs, 1990 Green Book*, Washington DC, US Government Printing Office.
- CONGRESSIONAL BUDGET OFFICE (1991a), *Rising Health Care Costs : Causes, Implications and Strategies*, Washington DC, US Government Printing Office.
- (1991b), *Selected Options for Expanding Health Insurance Coverage*, Washington DC, US Government Printing Office.

- DIVISION OF NATIONAL COST ESTIMATES, OFFICE OF THE ACTUARY, HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION (1987), « National Health Expenditures, 1986-2000 », *Health Care Financing Review*, n° 8, p. 1-36.
- EXPERT PANEL ON THE FUTURE OF INCOME SECURITY AND HEALTH CARE FINANCING (1991), *Income Security and Health Care : Economic Implications 1991-2020*, Washington DC, Advisory Council on Social Security.
- ENTHOVEN, A. (1988), *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, Amsterdam, North-Holland.
- FOLEY, DUNCAN, K. (1970), « Economic Equilibrium with Costly Marketing », *Journal of Economic Theory*, n° 2, p. 276-291.
- GARRISON, L. P. (1990), « Medicaid, the Uninsured and National Health Spending : Federal Policy Implications », *Health Care Financing Review* ?, Annual Supplement, p. 167-170.
- GOLDBERG, VICTOR P. (1976), « Regulation and Administered Contracts », *Bell Journal of Economics*, n° 7, p. 426-448.
- HAHN, FRANK H. (1971), « Equilibrium with Transactions Costs », *Econometrica*, n° 39, p. 417-440.
- HEALTH INSURANCE ASSOCIATION OF AMERICA (1991), *Health Care Financing for All Americans*, Washington DC, Health Insurance Association of America.
- HEALTH TECHNICAL PANEL (1991), *Report to the 1991 Advisory Council on Social Security*, Washington DC, Advisory Council on Social Security.
- HSIAO, W. C., YNTEMA D. B., BRAUN, P., DUNN, D., and SPENCER, Ch. (1988), « Measurement and Analysis of Intraservice Work », *Journal of the American Medical Association*, n° 200, p. 2361-2370.
- LAFFONT, J.-J., and TIROLE (1991), « *A Theory of Incentives in Regulation and Procurement* », Preliminary draft, Toulouse.
- MINISTRY OF WELFARE, HEALTH, AND CULTURAL AFFAIRS (1988), *Changing Health Care in the Netherlands*, Rijswijk, Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs.
- (1989), *Health Insurance in the Netherlands*, Rijswijk, Ministry of Welfare, Health, and Cultural Affairs.
- PAULY, MARX V., DANZON, P., FELDSTEIN, P., HOFF, J. (1991), « A Plan for Responsible National Health Insurance », *Health Affairs*, n°10, p. 5-25.
- ROTHSCHILD, M., STIGLITZ, J. (1976), « Equilibrium in Competitive Insurance Markets : An Essay on the Economics of Imperfect Information », *Quarterly Journal of Economics*, n° 90, p. 629-650.
- SCHIEBER, G.-J. (1990), « Health Expenditures in Major Industrialized Countries, 1960-1987 », *Health Care Financing Review*, n° 11, p. 159-167.
- SCHIEBER, G.-J., POULLIER, J.-P. (1989), « International Health Care Expenditure Trends : 1987 », *Health Affairs*, n° 8, p. 169-177.
- SCHUT, F.-T. (1991), *Workable Competition in Health Care : Prospects for the Dutch Design*, unpublished, Erasmus University.
- SHAVELL, S. (1976), « On Moral Hazard and Insurance », *Discussion Paper*, n° 494, Cambridge, Harvard Institute of Economic Research.
- SHLEIFER, A. (1985), « A Theory of Yardstick Competition », *Rand Journal of Economics*, n° 16, p. 319-327.
- STRUMWASSER, L., PARANIFE, N.-V., RONIS, D.-L., MCGINNIS, J., KEE, D.-W., HALL, H.-H. (1989), « The Triplic Option Choice : Self-Selection Bias in Traditional Coverage, HMOs, and PPOs », *Inquiry*, n° 26, p. 432-441.
- VAN DE VEN, WYAND P.-M.-M. (1990), « From Regulated Cartel to Regulated Competition in the Dutch Health Care System », *European Economic Review*, n° 34, p. 632-645.
- (1991), « Perestrojka in the Dutch Health Care System », *European Economic Review*, n° 35, p. 430-440.
- VAN DE VEN, WYAND P.-M.-M., VAN VLIET, R. (1990), « How Can We Prevent Cream Skimming in A Competitive Health Insurance Market ? », unpublished, Erasmus University.
- WAISERGO, BURTON, A. (1991), « The Health Care Quadrilemma : An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care, and Cost Containment », *Journal of Economic Literature*, n° 29, p. 523-552.
- WILSON, C. (1977), « A Model of Insurance Markets with Incomplete Information », *Journal of Economic Theory*, n° 16, p. 167-202.
- (1980), « The Nature of Equilibrium in Markets with Adverse Selection ». *Bell Journal of Economics*, n° 11, p. 108-130.

L'ÉVOLUTION DU MANAGED CARE

aux États-Unis : les PHOs

MOTS CLEFS : assurance en excédent ■ capitation ■ concurrence ■ gestion intégrée des soins ■ transfert de risque ■

Les réseaux coordonnés de soins, susceptibles de favoriser la régulation des dépenses de santé, constituent une piste de recherche pour les assureurs français. A cet égard, l'étude des PHOs, réseaux regroupant des médecins et des hôpitaux aux États-Unis, est riche d'enseignements. Ils mettent en œuvre les techniques du « managed care » visant à la rationalisation des soins, c'est-à-dire à l'amélioration de la qualité des services médicaux conjuguée à des prix compétitifs. Et le paiement par capitation, souvent pratiqué dans les PHOs, implique un transfert du risque financier des assureurs vers les fournisseurs de soins. Cette transformation des modalités de partage et de financement du risque nécessite la mise en place de systèmes de réassurance pour protéger les prestataires de soins. Elle suppose également une évaluation précise des engagements et un contrôle rigoureux de la qualité des soins. Le paysage de l'assurance des frais de soins de santé et le rôle des différents acteurs du système de santé s'en trouvent sensiblement modifiés.

Dans la plupart des pays occidentaux, les dépenses de santé tendent à augmenter plus vite que la richesse nationale. Ce phénomène est particulièrement marqué en France, où le gouvernement cherche à y remédier depuis plus de vingt ans. Les mesures agissant sur la demande de soins s'étant révélées inefficaces sur le long terme, la nécessité d'une maîtrise des dépenses, non seulement médicalisée mais aussi financière, est une idée qui progresse. Mais la régulation des dépenses de santé suppose au préalable une évaluation de la pertinence et de la qualité des soins qu'il est difficile de réaliser en l'absence de statistiques sur la quantité, la nature et le coût des soins dispensés. La convention médicale de septembre 1993 prévoit la mise en place d'instruments de régulation. Dans le secteur libéral, la définition de références médicales opposables (RMO) — qui constituent l'ensemble des prescriptions recom-

* Directeur des assurances collectives de la CNP (avec la collaboration de Françoise Rambaud et d'Hélène Beaudoin). Membre du comité de rédaction de la revue « Risques ».

mandées pour telle ou telle pathologie – et le codage des actes doivent permettre d'améliorer l'efficacité des soins et de mieux connaître les actes des médecins. Dans le secteur hospitalier, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a pour but de fournir des informations sur l'activité réelle des hôpitaux et de fonder leur rémunération sur cette activité. Enfin, l'objet du dossier de santé facilitant le suivi médical des patients est de limiter le nomadisme médical.

La mise en place des instruments de régulation de la médecine de ville progresse favorablement. Le décret d'application relatif au dossier de suivi médical et au carnet médical a été publié au *Journal officiel* du 4 mars 1995. Même s'ils concernent pour l'instant les personnes âgées de plus de 70 ans présentant au moins deux pathologies, ces dispositifs constituent un premier pas vers une meilleure coordination des soins. Et le nombre de RMO agréées, auxquelles on attribue en partie le ralentissement de la progression des dépenses de médecine de ville en 1994, est passé de 65 à 147 en mars 1995.

Les outils de régulation des dépenses hospitalières s'avèrent en revanche plus difficiles à mettre en œuvre. Le PMSI en est encore au stade de l'expérimentation et la suppression annoncée de 22 000 lits d'hôpital se heurte à de nombreux obstacles. La décélération des dépenses hospitalières, qui a été sensible en 1994, ne saurait pourtant être durable sans une réforme profonde de l'organisation de l'hôpital.

Une autre voie possible, qui fait l'objet d'études et d'initiatives de la part des assureurs et des mutuelles complémentaires, pourrait être la constitution de réseaux de soins coordonnés regroupant des médecins libéraux, des hôpitaux, des cliniques et d'autres prestataires de soins.

Les réseaux présentent des avantages pour tous les acteurs de la santé. L'adhésion à un réseau augmente le pouvoir de négociation des fournisseurs de soins pour les achats d'équipements, de fournitures et de médicaments. La mise en concurrence des réseaux entre eux incite les fournisseurs de soins à améliorer la qualité des prestations et à contenir les prix. Quant au consommateur, il dispose d'un éventail plus large de services à des prix compétitifs.

Dans un pays comme la France où le rôle des différents acteurs – patients, médecins, État, Sécurité sociale et assureurs complémentaires – est figé et faiblement interactif, et où la liberté totale de prescription et de consommation est érigée en dogme, la mise en œuvre de réseaux de soins bouleverserait le paysage de l'assurance maladie. Car ce sont toutes les notions de responsabilité financière qui s'en trouveraient modifiées. L'équilibre financier doit-il être garanti par les seuls payeurs ? Est-il normal que les financeurs n'aient aucun contrôle sur la demande et l'offre de soins ? Le prestataire de soins n'a-t-il pas d'autre choix que de répondre à une demande qui n'est pas toujours rationnelle et n'a-t-il pas sa part de responsabilité dans la surconsommation médicale ?

Peut-être est-ce dans une modification et surtout dans une meilleure répartition des rôles qu'il faut rechercher la solution à la dérive des dépenses de santé.

A cet égard, l'étude du système américain de *managed care*, c'est-à-dire de gestion des soins, nous paraît constituer une source d'informations très précieuse.

Certes, il peut sembler curieux de s'inspirer d'un pays dont le système de santé est à la fois coûteux et inefficace : les dépenses de santé représentent près de 14 % du PIB aux États-Unis, contre 9 % en France, alors que 37 millions de personnes, soit 14 % de la population, n'y bénéficient d'aucune couverture.

Pourtant, en raison de sa réactivité aux évolutions du marché, de sa capacité à innover et à s'adapter aux réalités économiques et de la modification permanente des relations entre les différents acteurs, le système de santé américain est riche d'enseignements pour les assureurs français.

L'objet de cet article est d'étudier l'évolution la plus récente du système de santé américain et le développement d'un type d'organisme modifiant profondément les relations entre les acteurs, notamment les rôles respectifs des payeurs et des fournisseurs de soins.

Après avoir rapidement dressé le tableau de l'assurance des soins de santé aux États-Unis, dans une première partie, nous présenterons les acteurs du système et leurs interactions selon le type d'organisme auquel ils adhèrent.

Dans une deuxième partie, nous étudierons les techniques de financement du système, plus précisément sous l'angle du partage de risques entre les financeurs, les distributeurs de soins et les assureurs. Tout au long de cet article, le concept de risque désigne exclusivement le risque financier lié à la surutilisation des services médicaux et jamais le risque lié à la responsabilité des prestataires de soins en cas d'accident médical. Enfin, nous verrons quelles sont les conditions nécessaires à la mise en place de tels réseaux, en termes de calcul des engagements et de contrôle de la qualité des soins.

Nous aborderons très brièvement en conclusion les conséquences de l'évolution du système sur le rôle des assureurs.

I. LES DIFFÉRENTS ACTEURS ET LEUR INTERACTION

Le système de santé américain repose presque totalement sur l'assurance privée. Ce sont les employeurs qui assurent leurs salariés et éventuellement leur famille auprès d'une compagnie d'assurances. Le système a longtemps fonctionné sur une base indemnitaire. En échange d'une prime d'assurance versée par l'employeur, l'assureur rembourse les frais médicaux des assurés dans la limite des garanties définies dans le contrat.

L'État n'intervient pas dans le financement des dépenses de santé, sauf pour les personnes âgées et les travailleurs les plus défavorisés au travers des programmes Medicare et Medicaid.

L'augmentation des dépenses de santé due, comme dans l'ensemble des pays industrialisés, à la multiplication des examens complémentaires et au développement de techniques médicales sophistiquées et coûteuses a entraîné une hausse continue des primes d'assurance supportées par les entreprises pour cou-

vrir leurs salariés. La volonté des entreprises de limiter les coûts sans porter atteinte à la qualité des soins et sans réduire les garanties a favorisé l'émergence de filières de soins permettant de rationaliser les dépenses de santé.

1. Le « *managed care* » américain

Le *managed care* est un système de gestion intégrée des soins de santé. Il a pour but la rationalisation des soins, c'est-à-dire l'amélioration de la qualité, conjugée à des prix compétitifs. Les principaux organismes de gestion des soins sont les PPOs (Preferred Provider Organizations) et les HMOs (Health Maintenance Organizations).

Les PPOs sont de simples réseaux qui obtiennent des réductions d'environ 20 % sur les prix des soins médicaux. En contrepartie, ils assurent aux médecins et aux hôpitaux affiliés à l'organisation un flux important et régulier de clientèle. Les assurés bénéficient de tarifs préférentiels s'ils consultent un médecin affilié au réseau, mais peuvent consulter à l'extérieur. L'effet concurrentiel est limité. Ce système, qui s'apparente au système français des médecins du secteur 1 par rapport à ceux du secteur libre, permet de contenir les coûts, mais ne contribue guère à la rationalisation des soins.

Les HMOs sont des entités juridiques dirigeant des centres intégrés de soins auxquelles les entreprises et les sociétés d'assurances s'adressent pour qu'elles gèrent au mieux les soins médicaux de leurs salariés ou de leurs adhérents. Les assurés sont tenus de s'adresser aux services médicaux du réseau s'ils désirent être remboursés. Le HMO s'occupe de la promotion du réseau, recrute les adhérents, gère les adhésions et contrôle la qualité des soins. En contrepartie, il garde une partie de la prime d'assurance versée par les employeurs.

Le terme générique de HMO recouvre des organisations présentant des degrés d'intégration différents et offrant une plus ou moins grande liberté aux assurés et aux fournisseurs de soins. On distingue trois grands types de HMOs :

- dans le *staff model*, le plus intégré de tous, le HMO emploie des médecins généralement salariés et possède ses propres hôpitaux. Les fournisseurs de soins ne peuvent pas travailler pour plusieurs organisations ;
- le *group model* est plus souple pour les prestataires : l'organisation passe un contrat avec des médecins exerçant en cabinet de groupe. Les praticiens sont souvent payés selon le système de la capitation, c'est-à-dire qu'ils perçoivent une rémunération fixe par mois pour chaque assuré, en échange des soins prodigués, sans tenir compte du nombre d'actes réellement effectués. Dans ce système, les hôpitaux n'appartiennent pas au HMO. Celui-ci passe des accords avec un ou plusieurs hôpitaux pour les séjours de courte durée et les soins d'urgence ;
- enfin, l'*IPA model* (Independent Practice Association) est, comme son nom l'indique, une association de médecins indépendants travaillant dans leur propre cabinet et passant des contrats avec un ou plusieurs HMOs. Payés à l'acte ou à la capitation par les HMOs, ils peuvent combiner les deux types de paiement, à l'acte pour leurs clients individuels et à la capitation par le ou les HMOs avec les-

quels ils ont passé un contrat. Les hôpitaux ne font pas partie du réseau et négocient leurs services au coup par coup.

Ces trois types de HMOs sont souvent limités géographiquement à un seul État. Pour intervenir dans plusieurs États, offrir un éventail de services plus large aux assurés et acquérir plus de poids dans les négociations avec les fournisseurs de soins, les organisations de *managed care* tendent à se regrouper. Le ou les HMOs passent des contrats avec plusieurs associations de médecins indépendants ou plusieurs cabinets de groupe. Ce type de système, appelé *network model*, ou modèle en réseau, devient très courant actuellement. Il satisfait les besoins des grandes sociétés installées sur plusieurs sites et induit une concurrence entre les fournisseurs de soins qui contribue à faire baisser les tarifs.

2. L'évolution du « managed care »

La gestion des soins n'est pas d'apparition récente aux États-Unis, puisque les premiers HMOs ont été créés en 1930. Le HMO's Act de 1973, imposant aux employeurs d'offrir à leurs employés la possibilité d'adhérer à un HMO fédéralement qualifié, s'il en existe un dans la région, a donné une première impulsion à ce type d'organisation. Mais la multiplication des HMOs, faisant passer le nombre d'affiliés de 19 millions, en 1985, à 50 millions, en 1993, s'explique par la forte croissance des dépenses de santé durant les années 80. Et le projet de réforme du président Clinton, qui a mis l'accent sur l'inefficacité relative et le coût du système actuel, a accéléré ce mouvement. Il faut toutefois noter que l'implantation des organisations de gestion des soins se répartit très inégalement dans le pays. Le marché de l'est des États-Unis et des zones urbaines est majoritairement contrôlé par le *managed care*, tandis qu'on estime à 5 % la pénétration des soins gérés en Californie.

Tous les États n'en sont pas au même stade d'organisation, mais tous les marchés continuent d'évoluer rapidement, surtout depuis deux ans. Les causes sont multiples, mais proviennent essentiellement de la réaction des prestataires de soins aux pressions exercées par le gouvernement et les HMOs. Bien que le projet de réforme du président n'ait pas abouti, il a fait apparaître un certain consensus sur la nécessité d'une couverture universelle qui ne sera financièrement supportable que si elle est compensée par une diminution globale du coût des soins. La peur de se voir imposer un système contraignant a suscité une prise de conscience chez les fournisseurs de soins. Tout se passe comme si médecins et hôpitaux voulaient démontrer au gouvernement qu'il n'est nul besoin d'organiser la concurrence de façon centralisée, puisqu'ils anticipent spontanément les réformes et rationalisent eux-mêmes le marché. De leur côté, les assureurs et les organismes de gestion des soins exercent une forte pression sur les prestataires de soins pour faire baisser les tarifs. La contrainte se révèle particulièrement forte pour les hôpitaux, qui sont en majorité privés. Confrontés à une surcapacité, les établissements hospitaliers dépendent des prescriptions des médecins et des ac-

cords passés avec les HMOs ou les assureurs pour remplir leurs lits. La concurrence les incite à accepter des tarifications toujours plus basses.

Il résulte de cette double contrainte une volonté du corps médical – et surtout des hôpitaux – de reprendre l’initiative et de s’affranchir des assureurs et des HMOs en s’associant pour renforcer leur pouvoir de négociation.

L’évolution du système se traduit par une intégration des soins de plus en plus poussée et s’accompagne d’un transfert des risques financiers vers les prestataires de soins. Un nouveau modèle de réseaux de soins présentant ces caractéristiques, intitulé PHO ou Physician Hospital Organization, se développe considérablement depuis deux ans.

3. Les PHOs, un nouveau concept de soins intégrés

Qu’est-ce qu’un PHO ? Selon le Dr Harris Berman, président-directeur général de Tufts Associated Health Plans, une compagnie américaine de *managed care* qui gère notamment un HMO et un PPO, les PHOs ne sont rien d’autre que des IPA, c’est-à-dire des associations de médecins indépendants auxquelles se joignent un ou plusieurs hôpitaux. L’apparition de ce nouveau type d’organisation résulte d’ailleurs de l’initiative des établissements hospitaliers qui cherchent à s’intégrer à un réseau pour s’assurer un flux régulier de patients et préserver leur zone de « clientèle » de la compétition d’autres hôpitaux. Comme les médecins dans les IPA, les hôpitaux qui créent un PHO peuvent exercer en dehors du réseau ou adhérer à plusieurs PHOs différents. Ils peuvent aussi combiner plusieurs modes de rémunération, capitation dans le cadre du réseau et paiement à l’acte pour leur activité indépendante. L’adhésion à un PHO laisse donc une grande liberté d’action aux médecins et aux hôpitaux qui le composent.

L’ACP *Observer*, journal de l’American College of Physicians destiné aux généralistes, estime que « les PHOs sont la façon la plus en vogue actuellement pour les médecins et les hôpitaux de s’organiser eux-mêmes pour affronter le futur qui promet plus de mécanismes de contrôle des coûts, en particulier les soins intégrés et la capitation ».

Bien que le nom de PHO soit récent, le concept est relativement ancien. Ainsi, Tufts Associated Health Plans possède depuis une quinzaine d’années des unités de soins appelées *providers units* et qui fonctionnent exactement comme des PHOs. Cette compagnie a démarré avec 7 *providers units* et travaille maintenant avec 50 PHOs, ce qui donne à réfléchir sur le nombre total de ces organismes existant aux États-Unis. Estimé par la firme comptable Ernst and Young à 250, il serait de plusieurs milliers selon D. Gerhardt, de Community Health System, société de conseil en réseaux de soins intégrés. Le Dr H. Berman, de Tufts, considère pour sa part que chaque hôpital – et il en existe plus de 6 500 – aurait intérêt à s’associer avec des médecins. Cependant, un grand nombre de ces PHOs ne sont pas véritablement opérationnels. En effet, médecins et hôpitaux créent une structure, mais fonctionnent souvent comme des entités juxtaposées et indépendantes sans utiliser les synergies induites par le groupe.

Car les PHOs sont des groupements résultant d'un contrat passé entre médecins et hôpitaux privés. Ils ne constituent pas des entités juridiques distinctes et ne font pour l'instant l'objet d'aucune législation spécifique. En conséquence, il existe autant de types d'organisation qu'il y a de PHOs et il s'avère relativement difficile de décrire un PHO type. De même, une seule monographie rendrait compte de façon imparfaite de la réalité de ce modèle de groupement.

Cependant, les entretiens que nous avons menés auprès de spécialistes de la gestion des soins aux États-Unis nous ont permis de dégager quelques caractéristiques communes aux PHOs.

4. Les caractéristiques des PHOs

Du fait qu'ils ont été créés à l'initiative d'un hôpital, les PHOs sont la plupart du temps des organisations locales ou éventuellement régionales, formées autour du périmètre de « clientèle » de l'hôpital et limitées aux zones urbaines et suburbaines.

Le nombre d'hôpitaux et de médecins groupés dans une seule organisation est très variable. Selon le Dr H. Berman, il est lié à la taille du périmètre de « clientèle ». Dans une très grande ville, un PHO comprend fréquemment une dizaine d'hôpitaux, alors qu'en banlieue chaque hôpital forme un PHO. Ainsi, les 50 PHOs affiliés au HMO de Tufts Health Plans se situent tous dans la région de Boston et sont composés d'un seul hôpital et des médecins qui exercent autour de cet établissement hospitalier. En revanche, Promina Northwest Health Network, un PHO créé en avril 1993 et situé à Atlanta, en Géorgie, regroupe déjà 6 hôpitaux et 650 médecins de la région. Et son président-directeur général, Rebecca H. McQueen, souhaiterait s'implanter dans d'autres États en s'alliant avec un réseau hospitalier déjà formé.

Cherchant à intégrer les soins au maximum afin d'avoir une clientèle captive d'un bout à l'autre de la chaîne des soins, l'hôpital inclut dans le réseau des médecins généralistes et un nombre approprié de spécialistes, y compris des laboratoires d'analyses médicales, des pharmacies et des services de radiologie. Promina Northwest Health Network comprend par exemple 150 généralistes et 500 spécialistes.

5. Les relations entre les différentes organisations

Si la majorité des PHOs sont constitués d'un hôpital et des médecins indépendants exerçant autour de cet hôpital, la tendance est à la formation de PHOs plus importants ou au regroupement de plusieurs PHOs, capables d'offrir des services médicaux variés à des coûts plus compétitifs. Du fait de leur taille réduite et de leur rayon d'action limité, les petits PHOs ne peuvent en effet satisfaire les besoins des grandes sociétés dont les salariés sont géographiquement dispersés, et la plupart d'entre eux ne sont pas en mesure de négocier et de passer des contrats directement avec les employeurs.

Aussi, en dépit de leur désir de se passer des HMOs et des assureurs, les PHOs

qui ne comprennent qu'un hôpital restent très dépendants des organisations traditionnelles. Bien souvent, les PHOs ne disposent pas des moyens techniques et financiers nécessaires pour effectuer les tâches administratives et commerciales, et continuent à déléguer ces fonctions aux HMOs. Ceux-ci démarchent les clients, gèrent les adhésions et proposent parfois de la réassurance à leurs adhérents. Nous verrons qu'ils jouent également un rôle important dans le contrôle de la qualité et de l'efficacité des soins.

Cependant, les regroupements de PHOs ainsi que la création de *health alliances*, sortes de groupements d'achat de soins de santé prévus par la réforme du président Clinton, pourraient favoriser à l'avenir l'accès direct des prestataires de soins au marché. De même, la possibilité de passer des contrats avec le gouvernement dans le cadre des programmes Medicaid et Medicare offre des ouvertures aux PHOs qui cherchent à s'affranchir de la tutelle des HMOs.

Mais la modification des rapports entre les acteurs ne tient pas seulement à une répartition différente des tâches administratives ou commerciales. Elle consiste surtout en une transformation des modalités de financement, caractérisée par un transfert de risque financier des organismes assureurs – assureurs traditionnels, employeurs en auto-assurance ou HMOs – vers les médecins et les hôpitaux.

II. LA TRANSFORMATION DES MODALITÉS DE FINANCEMENT DU RISQUE

Dans un système de paiement à l'acte, le praticien ne supporte aucun risque financier. Au contraire, théoriquement, ses revenus augmentent proportionnellement à son activité. Mais les tâches administratives et commerciales et la prise de risque confiées à une entité externe ont un coût qu'il ne maîtrise pas et qui induit soit une amputation de ses revenus, soit une augmentation des tarifs payés par l'employeur. À l'opposé, la capitation totale transfère le risque financier au médecin, qui garde alors une part plus importante de la prime d'assurance payée par les employeurs pour assurer leurs salariés. Entre ces deux solutions existe une multitude de modalités de partage partiel des risques qui témoigne de l'adaptabilité et de l'inventivité des acteurs du système de santé américain.

1. Le partage des risques

Notons tout d'abord que la répartition des risques entre les fournisseurs de soins et l'entité à laquelle ils sont affiliés concerne fréquemment la nature des soins fournis. La règle est de laisser aux médecins les risques les plus courants, plus faciles à évaluer, et de laisser à l'organisme assureur les soins exceptionnels ou particulièrement coûteux. Ainsi, les médecins des PHOs affiliés à Tufts ne prennent généralement pas en charge les risques très spécialisés, liés par exemple à la santé mentale ou à la toxicomanie. Ceux-ci sont conservés par Tufts ou confiés à des spécialistes payés par capitation.

Dans d'autres PHOs, la répartition des risques est aussi géographique. Un article de *Business Insurance* paru en août 1994 prend l'exemple du Lutheran Sys-

tem of Park Ridge, dans lequel le PHO se charge de tous les sinistres et les urgences de la ville de Chicago et laisse au HMO les urgences en dehors de Chicago, ainsi que les risques moins courants comme les transplantations et le traitement de la stérilité.

Pour illustrer les différents contrats de partage de risques sur le plan financier, nous prendrons comme exemple les deux entités déjà citées, Promina et Tufts.

De création récente, Promina Northwest Health Network pratique peu le transfert de risques aux fournisseurs de soins. Cependant, ce PHO est partie prenante dans un contrat signé avec une collectivité locale qui fonctionne en auto-assurance pour les frais médicaux de ses salariés. Promina prend en charge une petite partie du risque, selon le schéma suivant :

- en début de contrat, les deux partenaires estiment le coût des soins par assuré et par mois ;
- si le coût réel par assuré dépasse le montant estimé, Promina reverse à la collectivité une somme correspondant à 50 % de ce dépassement, dans la limite de + 10 % du budget de départ ;
- si, en revanche, le coût réel par assuré et par mois est inférieur au coût estimé, c'est la collectivité qui versera à Promina 50 % de la différence, à concurrence de - 10 % du budget.

Les fournisseurs de soins sont ainsi financièrement incités à ne pas dépasser le budget imparti, puisqu'ils paient une partie des dépassements et reçoivent au contraire un bonus si les coûts sont inférieurs aux objectifs.

Le système mis en place par Tufts est légèrement différent :

- pour les services fournis en médecine ambulatoire, un budget par assuré et par mois est fixé. Les médecins sont payés à l'acte, mais le HMO retient 10 % de leurs honoraires pour couvrir un éventuel dépassement de budget. Si les coûts réels sont inférieurs au budget, le HMO leur reverse les sommes retenues ;
- le HMO limite également les risques pris par les hôpitaux. Tufts leur fixe un budget et procède à des ajustements à la fin de l'année. Les hôpitaux, les médecins et le HMO prennent chacun à leur charge 10 % du dépassement, s'il y en a un. Au-delà de ces 30 %, les coûts supplémentaires sont supportés par le HMO.

Enfin, dans le système de capitation totale, les risques financiers sont entièrement supportés par les médecins et les hôpitaux. Car, même lorsque l'évaluation des risques et la tarification sont bien adaptées aux garanties offertes aux assurés dans le contrat, des événements exceptionnels peuvent mettre en péril la solvabilité du PHO. Ces « catastrophes » sont d'ordre individuel ou collectif. Individuel, lorsqu'il s'agit d'une maladie de longue durée d'un patient, nécessitant de nombreuses hospitalisations. Collectif, lorsque des épidémies ou de nouvelles maladies augmentent fortement la quantité de soins prodigués. Dans les deux cas, la surutilisation des services médicaux entraîne un dépassement du budget de capitation et déséquilibre la situation financière des praticiens. Et ceux-ci ne possèdent généralement pas de réserves financières pour faire face à ces risques. Actuellement, aucune législation, ni fédérale ni propre à un État, n'impose aux

PHOs des règles de solvabilité. Pour pallier ce danger, les assureurs proposent une réassurance, appelée *stop-loss insurance*, car elle a pour objet de limiter la perte subie par les fournisseurs de soins. Cette assurance en excédent prend effet au-delà d'un certain montant de dépassement du budget.

2. L'assurance en excédent

Là encore, il est difficile de donner un montant moyen de franchise pour l'ensemble des PHOs.

La franchise par cas est différente selon qu'elle s'applique aux médecins ou aux hôpitaux. Ainsi, dans les PHOs affiliés à Tufts, la réassurance prend effet à partir de 8 000 dollars par cas pour un médecin et de 50 000 dollars par cas pour un hôpital. Les montants varient également selon le nombre et la spécialité des médecins adhérant au groupe. De plus, à l'intérieur d'un PHO, si la franchise est habituellement la même pour tous les médecins, elle varie d'un hôpital à l'autre en fonction des équipements dont ils disposent et des services offerts.

Quant à l'assurance en excédent globale, couvrant l'ensemble des sinistres, elle est fréquemment exprimée en pourcentage du budget total. La réassurance commence à jouer si le montant des soins dépasse de 25 % le budget prévu, par exemple.

L'évaluation du montant au-dessus duquel la réassurance prend effet doit être faite en tenant compte de l'ensemble des risques acceptés par les PHOs, chaque fournisseur de soins pouvant avoir signé plusieurs contrats.

L'assurance en excédent fait peser un risque sur les budgets, dans la mesure où, se sachant couverts par une assurance, les prestataires de soins pourraient prescrire trop largement des traitements. Pour éviter une surutilisation ou une surfacturation des services, l'assureur laisse toujours à la charge des médecins une partie des dépassements de budget. Les sommes remboursées au corps médical ne couvrent pas la totalité des coûts. Elles sont calculées sur la base d'une liste de frais fixés d'avance et limitées à un certain pourcentage des montants de référence indiqués sur cette liste. Cette manière de faire responsabilise collectivement les médecins, les résultats financiers de tous dépendant des efforts de rationalisation des soins de chacun.

L'assurance en excédent est fréquemment fournie par les HMOs aux PHOs qui y adhèrent. Toutefois, ce procédé est de nature à créer des conflits entre HMOs et PHOs, les premiers ayant tendance à surcharger les primes d'assurance en excédent. Selon une société de conseil en réseaux de soins intégrés, l'une des motivations des hôpitaux et des médecins pour créer un PHO serait de se défendre contre le coût excessif de la réassurance proposée par les HMOs et d'avoir un pouvoir de négociation plus fort auprès des assureurs traditionnels.

Si les HMOs sont moins souvent sollicités pour la réassurance des médecins et des hôpitaux qui acceptent le risque, ils ont encore un rôle prépondérant à jouer

pour la rationalisation des soins intégrés proposés par les PHOs. Ils se chargent généralement de l'évaluation actuarielle des engagements et du contrôle de la qualité des soins, deux éléments sur lesquels repose la gestion des soins.

III. LES CONDITIONS NÉCESSAIRES À LA RATIONALISATION DES SOINS

La rationalisation des soins mise en œuvre dans le *managed care* se définit en effet comme étant la fourniture de soins de qualité à des prix compétitifs.

1. La tarification

La compétitivité des PHOs dépend de l'ajustement de la tarification aux engagements définis dans les contrats passés avec les employeurs. Il s'agit d'assurance de groupe. Aussi la prime est-elle la même pour tous les membres du groupe. Plusieurs types de tarification peuvent être adoptés :

- le *community rating*, couramment utilisé, est une tarification uniforme pour tous les assurés d'une région donnée ;
- l'*experience rating* est totalement ou partiellement calculé d'après la sinistralité du groupe ;
- le *manual rating* est calculé en fonction de la prime moyenne d'assurance pratiquée dans chaque secteur d'activité ;
- l'*adjusted community rating* résulte de la combinaison de plusieurs paramètres : la sinistralité des groupes d'individus dans une région ou un secteur d'activité donnés, et la sinistralité passée du groupe.

Les paramètres utilisés varient d'une organisation à l'autre, d'un groupe à un autre. Ainsi, la tarification de Tufts tient compte le plus souvent du *community rating* ajusté par l'*experience rating*. Pour les petits groupes de moins de 100 membres, elle met l'accent sur l'âge, le sexe et le secteur d'activité.

Le nombre de membres assurés est déterminant pour établir la tarification. Selon le Dr H. Berman, il faut compter 10 000 membres pour pouvoir calculer les coûts de façon fiable.

Le nombre idéal d'assurés soignés dans le cadre d'un PHO est difficile à déterminer. Il varie selon que l'organisation est située dans une ville ou dans une région moins peuplée. De plus, beaucoup de PHOs étant de création récente, les statistiques les concernant ne sont pas encore très nombreuses et très fiables. Les 375 000 adhérents du HMO de Tufts sont pris en charge par 50 PHOs. Quant à Promina Health Network, il soigne déjà 15 000 affiliés en direct, 600 000 personnes par l'intermédiaire de PHOs et 112 000 patients à travers des contrats passés avec des HMOs.

Les adhésions individuelles ne sont pas toujours acceptées en raison du risque d'antisélection qu'elles comportent. Le système d'assurance maladie américain repose d'ailleurs essentiellement sur les employeurs, qui assurent leurs salariés,

et sur le gouvernement fédéral, qui prend en charge les gens âgés ou les plus pauvres dans le cadre des programmes Medicaid et Medicare. Les régimes d'assurance individuelle ne constituent pas la norme.

2. La capitation

L'établissement de la tarification est particulièrement important lorsque le système est fondé sur la capitation et que les prestataires de soins prennent le risque financier à leur charge. Le taux de capitation doit être calculé avec soin. C'est le montant mensuel, fixé à l'avance et payé aux prestataires de soins pour chacun de leurs assurés, en contrepartie de soins définis par le plan. La quantité de soins n'est pas prédéterminée dans le contrat, ce qui signifie que le budget n'est pas révisé si un malade va tous les jours voir son médecin, alors que la fréquence moyenne est par exemple d'une fois par mois. Selon l'expression du Dr H. Berman, « c'est le problème du médecin ».

Le taux de capitation, c'est-à-dire la part de la prime d'assurance versée aux prestataires de soins, est le même pour tous les médecins faisant partie d'un PHO. En revanche, il diffère d'un hôpital à l'autre en fonction des services offerts par chaque hôpital, les unités comportant beaucoup d'équipements lourds étant plus onéreuses que les autres.

Le taux de capitation doit être bien évalué en fonction des garanties fixées et des dépenses attendues. Toute erreur dans l'évaluation du taux d'utilisation des services médicaux déséquilibre la situation financière des prestataires de soins qui assument le risque. Car, si les coûts dépassent ce qui était prévu, le risque de surutilisation est supporté par le médecin ou l'hôpital.

Ce calcul actuariel est rarement effectué par le PHO lui-même. Il est généralement confié à une entité externe au PHO : un assureur, un HMO ou une firme conseil spécialisée dans l'aide à la création ou au fonctionnement de réseaux de soins intégrés. Cependant, lorsque les PHOs se regroupent, et surtout si les prestataires de soins supportent des risques dans le cadre de la capitation, ils embauchent parfois leur propre actuaire et participent davantage à l'évaluation des risques.

L'acceptation du paiement par capitation par le corps médical tend à se développer, notamment à l'est des États-Unis et en milieu urbain, où la gestion des soins est déjà très développée, mais le paiement à l'acte domine encore dans la plupart des États. Le regain d'intérêt pour la capitation provient de motivations différentes de la part des HMOs et des prestataires de soins. Les premiers y voient un moyen de contenir les coûts dans une sorte de budget global. Les seconds en attendent une augmentation de leur clientèle.

De plus, le paiement par capitation entraîne un partage de la prime d'assurance plus favorable aux fournisseurs de soins, puisque ceux-ci prennent davantage de risques. Lorsque la capitation est totale, la répartition de la prime d'assurance est habituellement la suivante : un tiers pour les médecins, un tiers pour les hôpitaux, environ 20 % pour les autres fournisseurs de soins (pharmacies, labo-

ratoires d'analyses médicales, etc.), les 10 % restants revenant à l'entité qui s'occupe de l'administration et de la diffusion.

Le partage pratiqué par Tufts, qui expérimente la capitation totale avec certains de ses PHOs, est proche de ce modèle. Le HMO retient 10 % de la prime pour les frais administratifs et commerciaux. Le reste est partagé entre les fournisseurs de soins, à raison d'un tiers pour les soins hospitaliers et de deux tiers pour les soins ambulatoires (consultations médicales, y compris celles qui sont effectuées à l'hôpital, analyses biologiques et examens destinés à aider au diagnostic).

Toutefois, chaque organisation pratique une répartition différente selon la nature des soins couverts dans le contrat et les tâches assurées par le HMO.

3. Le contrôle de la qualité des soins

L'offre de soins à des prix compétitifs ne suffit pas à assurer le succès des organismes de gestion des soins. Il faut encore veiller à la qualité des soins. D'où la nécessité de contrôles rigoureux, reposant sur la mise en place de systèmes d'information sophistiqués. La constitution de bases de données vise à répertorier et à classifier les pathologies, à évaluer l'efficacité des traitements pour déterminer les plus performants, à analyser le taux d'occupation des hôpitaux en fonction des actes pratiqués afin de réduire le nombre de jours d'hospitalisation.

Les données statistiques sont collectées par des auxiliaires médicaux spécialisés, traitées par l'organisme de gestion des soins dans le respect de la confidentialité nécessaire et servent à la définition de normes de soins.

Il faut noter que les références établies ne sont pas obligatoirement fédérales, ni même propres à un État. Les organismes de conseil en gestion des soins constituent souvent leurs propres protocoles. Les normes varient d'un organisme à l'autre. Elles dépendent des caractéristiques des groupes assurés, de la région et des objectifs fixés. Là encore, le système est extrêmement souple.

Ainsi, le HMO de Tufts donne aux PHOs affiliés à son réseau des informations sur le marché et des logiciels leur permettant de comparer leurs résultats à ceux des autres PHOs du réseau. Lorsque le HMO identifie un praticien qui utilise des procédures inappropriées, il lui adresse un directeur médical, chargé d'analyser la pratique du médecin et de lui donner des conseils pour l'aider à améliorer sa performance. Selon le Dr H. Berman, cette approche plus informative que policière est ressentie positivement par le médecin qui n'y voit pas d'atteinte à sa liberté de prescription. Et les sanctions comme l'exclusion du réseau sont tout à fait exceptionnelles.

La capitation incite le corps médical à rationaliser les soins. Lorsqu'ils supportent le risque, les médecins et les hôpitaux contrôlent eux-mêmes l'utilisation des services médicaux et sollicitent souvent l'audit du HMO ou d'une société de conseil sur la qualité de leurs soins. L'utilisation de systèmes informatiques performants nécessite des moyens financiers importants que seules de grandes organi-

sations peuvent mettre en place. Cela explique en partie la tendance au regroupement d'organismes de gestion des soins.

L'apparition de nouvelles formes de réseaux de soins comme les PHOs modifie le paysage de l'assurance des frais de soins de santé. Le système indemnitare tend à perdre de l'importance. L'intégration de plus en plus poussée des soins et le transfert des risques des assureurs vers les fournisseurs de soins transforment l'assureur en réassureur. Et, s'il ne veut pas se cantonner à ce rôle, il est naturellement porté à investir directement dans des organismes de gestion des soins. D'ailleurs, la plupart des grandes sociétés d'assurances américaines possèdent des réseaux de soins intégrés répartis sur tout le territoire des États-Unis. L'expertise des assureurs en matière de contrôle médical et d'évaluation actuarielle des engagements les rend légitimes pour se placer sur ce terrain ■

Glossaire des termes américains utilisés

- *Managed care* : gestion intégrée des soins ayant pour but leur rationalisation, c'est-à-dire l'amélioration de la qualité, conjuguée à des prix compétitifs.
- *Medicaid* : programme fédéral destiné à prendre en charge les travailleurs les plus pauvres. Il est administré par les États et subventionné par le gouvernement fédéral.
- *Medicare* : programme fédéral destiné à la prise en charge des soins de santé des personnes âgées et des invalides, et administré par la Sécurité sociale.
- *Providers* : fournisseurs de soins et de services médicaux (médecins, hôpitaux, laboratoires d'analyses médicales, cabinets de radiologie, pharmacies, etc.).
- *PPO* : *Preferred Provider Organization*. Réseau de médecins et d'hôpitaux dans lequel les assurés bénéficient d'un tarif préférentiel s'ils consultent un médecin affilié au réseau. La consultation de médecins non affiliés au réseau est possible.
- *HMO* : *Health Maintenance Organization*. Entité juridique dirigeant un réseau de soins intégrés. Le HMO passe des contrats avec les fournisseurs de soins, négocie avec les employeurs. Les assurés sont tenus de consulter un médecin du réseau s'ils veulent être remboursés.
- *Staff model* : HMO qui emploie des médecins généralement salariés et qui possède ses propres hôpitaux. Dans ce système, les fournisseurs de soins ne peuvent pas travailler pour plusieurs organismes.
- *Group model* : organisation de type HMO dans laquelle des contrats sont passés avec des médecins exerçant en cabinet de groupe. Les praticiens sont souvent payés selon le système de la capitation. Le HMO passe des contrats avec les hôpitaux, mais ne les possède pas.
- *IPA model* : *Independent Practice Association* : association de médecins indépendants travaillant dans leur propre cabinet et passant des contrats avec un ou plusieurs HMOs. Les médecins sont payés à l'acte ou à la capitation. Comme dans le *group model*, les hôpitaux passent des contrats avec le réseau.
- *Network model* : regroupement de réseaux de soins intégrés.
- *PHOs* : *Physician Hospital Organization*. Organisation regroupant des médecins libéraux ou des cabinets de groupe de médecins et des hôpitaux. Cette organisation s'accompagne souvent d'un transfert de risque financier des assureurs vers les fournisseurs de soins.
- *Health Alliances* : sortes de centrales d'achats régionales ou professionnelles, proposées par la réforme Clinton, chargées de négocier avec les sociétés d'assurances et les professionnels de la santé pour obtenir les meilleurs plans de santé au moindre coût.
- *Community rating* : tarification uniforme pour tous les assurés d'une région donnée.
- *Experience rating* : tarification totalement ou partiellement fondée sur la sinistralité du groupe.
- *Manual rating* : tarification calculée d'après la prime moyenne d'assurance pratiquée dans chaque secteur d'activité.
- *Adjusted community rating* : tarification combinant plusieurs paramètres : la sinistralité des groupes d'individus dans une région ou un secteur d'activité donnés et la sinistralité passée du groupe.

ASSURANCE MALADIE

et intégration verticale

MOTS CLEFS : *asymétrie d'information* ■ *contrat* ■ *incitation* ■ *progrès technique* ■

Les systèmes d'assurance maladie, qu'ils soient publics ou privés, sont soumis à une pression forte sur les coûts. Cette dérive de long terme ne peut pas vraiment s'expliquer par des phénomènes de hasard moral au niveau de la simple demande. L'explication doit plutôt être recherchée du côté du progrès technologique. A cet égard, on montre que le degré d'intégration verticale de l'assureur est loin d'être neutre quant à sa capacité à résister aux pressions sur les coûts. Cela permet de présenter le cadre classique des conditions d'efficacité de l'intégration verticale dans une optique microéconomique. On évoque ensuite diverses possibilités d'intégration verticale effective dans les systèmes de soins.

La question de l'intégration verticale se pose de façon spécifique en matière de gestion du risque santé. Celle-ci concerne l'imbrication des liens entre les diverses structures d'offre, mais aussi et surtout entre assureurs et offreurs de soins. A cet égard, la réflexion sur les réseaux de soins de A. Enthoven débute à la fin de la décennie 70 et Evans (1981) notait le caractère d'intégration verticale partielle qui caractérise les systèmes de soins. Au premier abord, il peut sembler étrange de choisir un tel angle d'analyse, bien théorique, face à un débat qui paraît avant tout focalisé sur la situation déficitaire des comptes sociaux. Celle-ci est due à un effet de ciseaux entre l'évolution des recettes et des dépenses, et jette une suspicion sur tous les systèmes d'assurance maladie, publics ou privés. Ces derniers contribueraient, par leurs effets « malins¹ », à cette explosion généralisée des coûts en déresponsabilisant les patients. En fait, les liens entre assurance et croissance de la dépense sont très complexes. Sans être inexistantes, ils ne sont peut-être pas ceux que l'on peut subodorer de prime abord et nécessitent une bonne compréhension des effets du progrès technique en matière de santé. Cela sera abordé dans la première partie de ce texte.

* Administrateur de l'Insee. Les propos tenus dans cet article n'engagent que l'auteur.
1. Selon les termes de Launois (1988).

Les pressions sur la dépense induites par l'apparition de nouvelles possibilités de soins toujours plus coûteuses soumettent les systèmes d'assurance à des pressions fortes. Cependant, il semble qu'il existe un lien entre l'organisation interne d'un système d'assurance, public ou privé, et sa résistance à ce type de pressions. Pour schématiser, ces pressions peuvent être résolues par une stratégie d'équilibre de caisse, augmentant les primes ou les cotisations et ajustant les prestations à la baisse. Cette stratégie permet d'atteindre l'équilibre comptable.

Cependant, celui-ci n'est pas forcément un gage d'efficacité économique. En effet, la baisse des prestations peut conduire à un niveau de bien-être inférieur à ce qui serait souhaitable pour les assurés, tandis que la hausse des cotisations peut entraîner une pression sur le coût du travail, dommageable pour l'emploi. Dans un système assurantiel privé comme aux États-Unis, l'augmentation des taux de cotisation tend à restreindre les possibilités d'accès à la couverture pour les personnes ou les entreprises les moins solvables. Dans un système d'assurance sociale de type bismarckien², elle se répercute de façon dommageable sur les équilibres macroéconomiques, et notamment sur l'emploi. Face à cette stratégie d'équilibre de court terme, une autre possibilité de résister à ce type de pressions suppose donc une intégration verticale avec le système producteur de soins. Néanmoins, il faut examiner pourquoi l'intégration serait souhaitable ici, alors que cela n'est pas nécessairement vrai ailleurs. Dans une deuxième partie, on effectuera un cadrage théorique de l'intégration verticale à partir de la littérature microéconomique récente.

De façon transversale, on pourra alors mieux réfléchir aux conditions de la restructuration en partie « auto-organisée » du système de soins américain. Cela permettra également de resituer certaines possibilités d'évolution au niveau français.

I. LA QUESTION DES COÛTS, UN LIEN INDIRECT AVEC L'ASSURANCE

1. Comment expliquer la dynamique des dépenses de santé ?

La variable centrale considérée dans les études est la relation de long terme entre l'évolution macroéconomique du revenu et celle des dépenses de santé. Ces dernières augmentent en général plus vite que la richesse nationale. Cette relation n'est pas valable dans les mêmes termes pour les différents pays.

Néanmoins, partout, la forte évolution des dépenses est au centre de l'ensemble des débats, tant en France qu'aux États-Unis, ou dans d'autres pays européens, comme l'Allemagne ou l'Italie. Cela conduit donc à s'interroger sur les raisons d'une telle croissance accélérée.

L'assurance influe certainement sur les comportements de demande de soins, et donc sur la dépense, mais elle n'est pas le seul facteur. En effet, l'impact de

2. On peut ranger le système d'assurance maladie français dans cette famille.

l'assurance sur les comportements de demande des patients dépend de la valeur de l'élasticité-prix de la demande. Cette élasticité n'est pas nulle, et l'assurance a bien un impact. Mais celui-ci ne peut expliquer à lui seul la dérive de la dépense, comme le prouvent les études théoriques et empiriques. A cet égard, la contribution de Newhouse (1992a) montre que les arguments, élaborés par Feldstein dans la décennie 70, selon lesquels la dérive des dépenses de soins relèverait d'un effet de hasard moral individuel dû à la présence de l'assurance ne résistent pas aux résultats plus récents, mieux calibrés en termes d'estimations économétriques.

Le vieillissement apparaît comme un autre facteur possible. Néanmoins, à très long terme, les études empiriques examinées tant françaises qu'américaines montrent que son incidence est mineure (Jacobzone, 1994). Quant aux différences institutionnelles entre pays, elles peuvent certes expliquer certains écarts instantanés, mais pas les effets dynamiques structurels.

Enfin, la croissance des dépenses pourrait être reliée à la faible productivité du travail pour une activité de service comme les soins de santé. La part dans les dépenses des ménages et dans le revenu national devrait donc augmenter comme celle des services directs à la personne. En ce qui concerne l'enseignement, qui est dans le même cas, les mêmes effets sont pourtant loin d'être observés. L'explication doit alors sans doute être recherchée ailleurs.

2. Le rôle du progrès technologique et ses liens avec les systèmes de paiement proposés aux offreurs

En définitive, c'est sans doute du côté du progrès technologique que se trouve la clef du problème, pour expliquer ce que l'on ne sait pas explicitement modéliser par les facteurs précédents. Selon la même étude de Newhouse (1992a), c'est cet effet de la technologie qui est déterminant en ce qui concerne les dérives de long terme. A ce niveau, l'incidence de l'assurance est réelle, mais elle joue de façon plus indirecte et détournée.

L'utilisation de techniques nouvelles peut clairement majorer les coûts et procurer un traitement là où auparavant il n'en existait pas. Dans sa synthèse effectuée sur le sujet, Weisbrod (1991) montre que le problème principal est celui des incitations offertes aux producteurs de technologie. Dans les systèmes de remboursement actuels, les choix ont toujours privilégié le gain d'une qualité supplémentaire, quel qu'en soit le coût. Or ces choix sont en partie orientés par les systèmes de paiement, et notamment ceux que propose l'assurance aux offreurs de soins. La tendance à une inflation technologique accélérée caractérisant l'activité médicale ne serait donc pas sans lien avec les systèmes de remboursement choisis par les sociétés d'assurances.

Ceux-ci offriraient la possibilité de distorsions entre les rendements privés et les rendements publics de l'innovation conduisant à un niveau d'investissement non optimal en recherche. Les agents privés et notamment les sociétés d'assuran-

ces ne disposent pas de toute l'information nécessaire pour juger de l'utilité réelle de nouveaux types de traitements plus coûteux. Cela produit donc des asymétries d'information qui peuvent induire des distorsions économiques. Les remboursements à l'acte sur les coûts constatés seraient les plus pernicious à cet égard. En effet, ils entraînent une expansion maximale de la dépense et poussent à l'inflation technologique. L'assurance, dans ce cadre, n'offre aucune incitation à la réduction des coûts en conduisant le producteur de soins et de technologie médicale vers les produits les plus profitables de son seul point de vue. Par exemple, lorsque des prothèses sont nécessaires³, la générosité de certains contrats d'assurance conduit à des comportements inflationnistes des offreurs en termes de choix de produits et de structure de tarification.

Une modélisation théorique de ces effets est fournie par la contribution de Baumgardner (1991), qui tient compte des coûts directs et indirects des soins, et des asymétries d'information. Trois cas sont considérés : le premier est celui de l'assurance en information symétrique, le deuxième, celui de l'assurance traditionnelle en information incomplète avec ticket modérateur, le troisième, celui de l'assurance en information incomplète de type HMO⁴ avec paiement forfaitaire *a priori*. Dans le cas du HMO, cela signifie que la prime est versée *ex ante* par l'assuré pour une prise en charge globale. Dès lors la rémunération des offreurs de soins correspond à un forfait, celui-ci étant borné à l'avance par le montant des contributions effectuées. Dans le premier cas d'information symétrique, l'assurance ne distord pas les choix. Dans le second, quand l'information n'est pas partagée également, alors la distorsion est due à un effet habituel de risque moral et d'accroissement de la dépense. Ici, un progrès technique accroissant des possibilités de dépense autrefois bornées peut réduire le bien-être, en cas de gain médical minime pour un coût élevé. En effet, l'assurance permet alors une surconsommation médicale.

C'est surtout le troisième cas du HMO qui est ici intéressant. Tant que les dépenses restent dans la limite forfaitaire instituée au départ, le bien-être de l'assuré/patient est supérieur car il est pleinement assuré pour les soins qu'il reçoit. En effet, la prise en charge est ici globale et n'implique ensuite plus de ticket modérateur dans le cadre des recours adressés aux offreurs du réseau de soins. En revanche, quand la dépense risque d'atteindre la limite du forfait défini au départ, la contrainte financière du HMO permet de limiter les effets de hasard moral en recherchant la solution la plus efficace et en refusant des innovations médicales trop coûteuses compte tenu de leur utilité réelle. Ainsi, le HMO semble plus efficace face à un progrès technologique accroissant les coûts, puisqu'il peut refuser les traitements impliquant une dépense excessive en internalisant la contrainte de financement collective. Dans ce cas, l'assureur peut directement inter-

3. Par exemple, la dentisterie ou la chirurgie de la hanche.

4. Health Maintenance Organization. Système de prise en charge globale des soins médicaux dans le cadre de polycliniques ou de cabinets de médecine de groupe, l'assureur étant intégré avec le système de soins. Réseau de soins intégrés, en français (Giraud et Laumois, 1985).

venir dans le choix des traitements les plus efficaces. Avec un biais technologique non favorable, certaines formes d'assurance sont mieux à même de résister. En revanche, pour un système d'assurance classique, la seule voie d'adaptation possible face à la demande conjointe des assurés et des médecins réside dans la hausse des primes, la réduction de la couverture ou la restriction des garanties offertes explicitement mentionnées dans le contrat. On se situe alors dans le cadre d'une évolution sous-optimale en termes d'efficacité et qui a été mentionnée précédemment.

Ainsi, dans le cas d'un biais technologique non favorable, certaines formes d'assurance sont mieux à même de résister. En revanche, pour un système d'assurance classique, la seule voie d'adaptation possible face à la demande conjointe des assurés et des médecins réside dans la hausse des primes, la réduction de la couverture ou la restriction des garanties offertes mentionnées dans le contrat.

L'organisation de l'assurance n'est pas neutre quant à sa possibilité de résister effectivement aux pressions des offreurs de soins et à proposer la prise en charge de traitements plus efficaces d'un point de vue économique. Ces aspects incitatifs des relations vis-à-vis des offreurs doivent alors être complétés par une analyse plus détaillée des facteurs déterminant la forme de l'organisation elle-même.

II. L'ASSURANCE MALADIE ET LA THÉORIE ÉCONOMIQUE DE L'INTÉGRATION VERTICALE

Divers courants théoriques de la microéconomie récente permettent, en prolongeant certaines intuitions déjà anciennes, de mieux comprendre les choix organisationnels. On présentera ici brièvement ces apports avant d'examiner dans quelle mesure ils posent un constat pertinent en matière d'assurance maladie.

1. Incertitude, partage de l'information et intégration verticale

Les travaux sur la théorie de la firme (Coase, 1937) examinent les raisons d'existence de structures organisées coordonnant les actions des agents en lieu et place du marché. L'émergence de ces structures proviendrait des imperfections du mécanisme des prix, en raison de coûts de transactions dus aux difficultés d'accès à l'information et à l'incertitude. Pour les réduire, la production serait internalisée dans des structures organisées, dont la taille dépendrait des déséconomies d'échelles managériales dues à la difficulté de gérer une structure plus grande. A la taille d'équilibre, les gains d'efficacité interne compensent les déséconomies d'échelle.

Suite à cette contribution initiale de Coase s'est élaborée toute une théorie récente de la microéconomie de l'organisation et des contrats. Elle permet d'analyser les avantages et les inconvénients de différentes structures, de la plus intégrée au sein d'un organisme unique à la plus souple. Cette dernière peut concerner soit des contrats de court terme dépendants des conditions d'échange à un

moment donné ou des formes plus poussées d'intégration dans le cadre de contrats de long terme.

L'intégration verticale permet de mieux coordonner l'action des agents au sein de l'organisation et de limiter les problèmes dus à la transmission d'information (Crémer, 1993). Cela est particulièrement important en présence d'investissements spécifiques et d'incertitude, car on peut limiter cette dernière et réduire les possibilités d'opportunisme⁵. L'intégration est privilégiée en l'absence de règles transactionnelles précises au niveau juridique. La difficulté à s'engager, l'impossibilité à faire respecter les termes d'un contrat la favorisent. Cependant, une intégration verticale forte génère aussi des pertes d'efficacité. Une unité intégrée pourra avoir un management moins efficace, car moins directement rémunéré pour son effort. Dans le cas où les gains en efficacité de l'activité contrôlée priment, la désintégration peut être préférable. Une unité indépendante sera plus incitée à l'effort si elle récupère directement les fruits de ce dernier.

L'école récente des contrats prolonge ces analyses, en envisageant ces derniers comme une forme d'organisation intermédiaire entre hiérarchie et marché. Elle permet de relever les cas où un mode d'intégration verticale organisé ou des contrats de très long terme seront préférables. Les conditions sont proches de celles de l'intégration verticale directe. Quand les coûts de transaction seront élevés, quand les agents n'auront qu'une possibilité limitée d'inscrire leurs actions dans un cadre rationnel, quand une transaction nécessite un fort investissement spécifique, les parties contractantes ont besoin d'un contrat de long terme. Celui-ci évitera qu'une des parties ne brise le contrat par opportunisme, en effectuant un véritable hold-up, et en s'appropriant tout le surplus de la transaction qui devait être partagé au départ. Quand les contrats restent incomplets, parce qu'il est impossible ou trop coûteux d'écrire toutes les conditions prévues au départ, on revient en revanche à la solution de l'intégration verticale.

Un bon exemple en est fourni, par exemple, par l'article de Grossman et Hart (1986). Ces derniers analysent l'intérêt d'une intégration verticale ou horizontale en termes de prises de participation directe d'un agent économique dans le capital d'un autre agent permettant le contrôle de droits résiduels non spécifiés dans le contrat. Cela peut induire une certaine distorsion avec une perte d'efficacité due à la perte d'autonomie de l'organisme contrôlé. Cependant, l'intégration est préférée quand cette perte est moindre que le fait d'aboutir à un équilibre non coopératif entre les demandes initiales des deux parties. Les auteurs donnent alors un exemple d'application à l'assurance, dans le domaine des relations entre assureurs et courtiers. Ils montrent que l'intégration semble statistiquement dominante quand l'incertitude est moindre et moins pressante la nécessité d'inciter constamment les courtiers à l'effort pour garder leur portefeuille de clientèle. Dans ce cas, l'assurance est distribuée majoritairement par des réseaux de compagnies, comme cela serait le cas pour l'assurance vie aux États-Unis. Dans le cas

5. C'est-à-dire la possibilité de ne pas respecter les termes du contrat, quand un des agents peut rompre le consensus établi au départ et tenter de s'approprier à lui seul tout le surplus qui devait être partagé.

inverse, les courtiers semblent plus importants, comme pour l'activité d'assurance Iard aux États-Unis.

Transposé en matière de santé, le problème des relations entre courtiers et assureurs devient surtout celui de la relation entre assureurs et producteurs de soins. Compte tenu des résultats évoqués précédemment, il semble donc que des gains d'efficacité sont possibles avec une contractualisation plus forte des relations entre assureurs et offreurs. À l'image de ce qui existe en matière d'assurance Iard pour les garages, cela peut passer par des contrats spécifiques avec des prestataires agréés. Cela correspondrait au système américain des PPOs⁶. À l'autre extrême, une prise en participation directe de l'assureur dans le capital de l'offreur peut être envisagée, ce qui correspond au cas du HMO. Alors qu'il ne semble pas que les assureurs aient jusqu'à présent envisagé de prendre des participations directes dans des chaînes de garages, la création de réseaux de soins intégrés est l'une des composantes majeures de la réorganisation du système de santé américain dans la période récente.

2. Les limites des modes incitatifs traditionnels

Les modes incitatifs traditionnels reposent avant tout sur des systèmes de prix et sur des modalités de remboursement spécifiées par contrat. En ce qui concerne les prix, les conditions pour qu'ils jouent pleinement leur rôle allocatif de façon efficace apparaissent assez restrictives en matière de santé. En effet, sur le marché des biens médicaux, la concurrence s'effectue souvent non par les prix, mais par la qualité du produit offert. Le jeu des prix dans un libre espace concurrentiel peut donc produire des résultats contre-intuitifs par rapport à ceux d'une optimisation économique traditionnelle. Par ailleurs, il faudrait que la structure des prix appliqués permette de tenir compte de nombreuses externalités. Souvent, elle peut être biaisée par l'effet des structures en place, rémunérant souvent à l'excès la production technologique pure et n'assurant pas forcément une redistribution adéquate entre bien portants et malades pour les soins prodigués. Enfin, la régulation de la demande par des mécanismes de prix, en jouant notamment sur les tickets modérateurs imposés aux patients, ne produit pas toujours les effets escomptés. Ceux-ci sont plus sensibles pour les soins ambulatoires que pour les soins hospitaliers. Ils affectent donc moins les dépenses les plus élevées.

Le système de prix reste souvent imparfait. De plus, les modes de remboursement des offreurs par les sociétés d'assurances doivent attirer l'attention. Pour schématiser, ceux-ci peuvent se rapprocher soit de remboursement selon les coûts constatés *a posteriori*, soit sur des forfaits définis *a priori*. Le premier cas correspond par exemple au paiement à l'acte des soins. Le second peut évoquer le système de rémunération des médecins à la capitation ou la rémunération des hôpitaux sur la base d'un paiement fixe à la pathologie, comme cela est le cas

6. Preferred Provider Organization, système d'arrangement préférentiel entre compagnies d'assurances et offreurs de soins agréés.

dans le cadre de l'expérience américaine de paiement par groupe homogène de malades instauré par l'assurance publique des personnes âgées Medicare, aux États-Unis, depuis 1983. Le paiement à l'acte est inflationniste et permet de maximiser les rentes abandonnées aux offreurs. Il semble que l'application d'une tarification forfaitaire ait permis des gains significatifs aux États-Unis depuis 1983. Parallèlement, d'autres modes de régulation ont eu aussi une certaine efficacité, comme l'instauration d'un système de budget global comportant une norme d'évolution de la dépense définie *a priori* adoptée en France à la même époque.

Néanmoins, un certain nombre d'analyses ont permis de mettre en évidence les limites à ce type de processus. Il semble par exemple que les gains obtenus initialement dans le cadre du budget global se soient ensuite atténués dans le cadre d'une structure de soins qui n'avait pas été profondément modifiée. Aux États-Unis, le paiement à la pathologie, s'il a permis des gains significatifs par rapport à un régime antérieur très pernicieux, souffre également de quelques limitations à long terme. Les analyses théoriques récentes (McClellan, 1994, pour le système américain) montreraient que ce type d'incitation reste impuissant quant au pouvoir de contrôle résiduel des médecins. En effet, le paiement ne permet pas d'influer sur les choix technologiques de long terme ni sur les investissements spécifiques réalisés par les médecins. La possibilité de contrôle des actions contractuelles par le payeur demeure là aussi limitée. Tout cela nous ramène finalement au modèle théorique mentionné précédemment, et notamment l'application de Grossman et Hart.

3. L'intérêt de formes intégrées

Il faut donc bien se situer dans une perspective d'intégration verticale. L'assurance maladie semble un cadre privilégié à cet égard : l'incertitude est forte, la nécessité de relations de long terme permet un suivi des patients, et l'intégration, de réduire les rentes des offreurs en les incluant dans le processus d'assurance.

L'intégration joue à la fois sur les prix, la quantité de soins consommée et les incitations offertes à l'innovation technologique. Dans un cadre intégré, la rente des offreurs de soins permise par les distorsions du système de prix pourra être minimisée. Par ailleurs, le payeur agit sur les incitations des offreurs en diminuant la part du paiement unitaire et du remboursement *a posteriori*. Néanmoins, ceux-ci ne supposent pas forcément une généralisation absolue de rémunération des médecins à la capitation. Les HMOs américains adoptent souvent des formes mixtes à cet égard. Ils favorisent en outre une médecine plus économe quant à son recours au progrès technique, limitant les possibilités de choix technologiques biaisés. Ces systèmes intégrés supposent une prise en charge complète de l'assuré autour d'un acteur central du système de santé. Celui-ci peut être un système d'assurance, public ou privé, mais aussi être constitué directement autour d'un acteur important du système de soins, comme un grand hôpital ou une association de médecins libéraux. Ils peuvent trouver une forme atténuée avec certains modes de pratique contractuelle, comme les PPOs aux États-Unis.

Ainsi, face à la nature conflictuelle de la relation entre patients et offreurs, une forme intégrée permet d'internaliser directement cette contrainte, qui est alors implicitement gérée par l'assureur. Le bien-être du patient est accru, puisqu'il bénéficie d'une couverture complète. La combinaison d'une assurance pleine pour ce dernier et d'un mélange de remboursement et de contrôle de l'effort résiduel de l'offreur est l'un des facteurs d'optimalité de ces formes intégrées (Ellis et McGuire, 1990). L'intégration permet des gains indéniables. Est-elle cependant gérable dans le cadre de la mutation globale des systèmes de santé ?

III. L'INTÉGRATION ET LES CONTRAINTES POSÉES PAR L'ÉVOLUTION DES SYSTÈMES DE SOINS

1. Efficience et concurrence organisée de réseaux intégrés

Les avantages d'une intégration verticale accrue doivent provenir d'une pleine obtention de ses effets incitatifs, notamment sur les rentes des offreurs. Dans les réformes envisagées des systèmes de santé de certains pays comme les Pays-Bas ou les États-Unis, il a été proposé d'associer une intégration verticale plus forte des partenaires assurant la gestion des soins de santé, tout en suscitant une concurrence organisée entre ces divers partenaires.

Selon certaines études, l'émergence de structures de paiement intégrées en concurrence de type HMO ou PPO a bien permis de gagner en efficience économique tout en pesant sur les rentes des offreurs. Ainsi, selon Melnick, Zwanziger, Bamezai et Pattison (1992), les structures de marché hospitalières ont dû se réorganiser en Californie sous la pression plus forte exercée par les structures intégrées. Plus le pouvoir de monopsonne de l'acheteur est grand, plus les prix des offreurs sont contraints en ce qui concerne les structures étudiées sur l'un des marchés où elles sont le plus développées en Californie. Ces résultats sont corroborés par l'étude de Gruber (1992). Les prix de l'offre hospitalière ont le plus diminué dans les zones où les structures intégrées se sont le plus développées. Il semble bien que cela ait découlé plus d'une compression des marges des offreurs eux-mêmes que d'une réduction générale des coûts. En revanche, de tels gains auraient un revers. En effet, les rentes dégagées par certains offreurs, et notamment des structures privées à but non lucratif, permettaient en partie de financer des soins pour les personnes non assurées. Ce type de prestation a dû être diminué sous la pression accrue induite par la réorganisation. Enfin, en ce qui concerne la médecine ambulatoire, l'étude de Baker (1994) montre que la compétition des HMOs oblige les médecins rémunérés à l'acte à abaisser leurs tarifs. Néanmoins, dans les débats aux États-Unis, il semble souvent délicat de donner une réponse définitive à cet égard. En effet, les structures intégrées sont de création récente. Elles ont donc pu attirer une clientèle aux caractéristiques plus favorables que celle de certains assureurs traditionnels, et qui comporte des

individus plus jeunes, et souvent bien intégrés dans les classes moyennes ou moyennes supérieures.

En Europe, plus près de nous, des réformes de ce type ont pu être envisagées aux Pays-Bas, mais dans un cadre assez complexe qui est celui de la réforme Dekker. Cependant, le processus mis en place dans ce pays semble avoir eu du mal à développer conjointement les modes d'intégration verticale et de concurrence organisée initialement prévus. En effet, les gains à attendre dépendent crucialement des effets de ces réorganisations sur les paniers de biens offerts aux patients. Soit la concurrence organisée et le plus grand pouvoir des assureurs payeurs permettent effectivement d'obtenir un panier de biens médicaux de qualité équivalente pour les patients assurés pour un coût moindre. Dans ce cas, les ratios de coût-efficacité de la dépense sont accrus et le bien-être collectif est augmenté. En revanche, dans d'autres cas, la concurrence pourrait avant tout stimuler des comportements de sélection de clientèle et de dumping sur la qualité des services médicaux offerts. Dans ce cas-là, les gains économiques ne se traduisent plus par les mêmes bénéfices au niveau collectif.

Ces éléments sont présents dans la réflexion menée à ce sujet aux Pays-Bas (Van de Wen, 1994). Les éléments de régulation publique mis en œuvre et les formules de compensation établies pour certains paiements à la capitation ont une importance cruciale. Il faut qu'ils permettent d'offrir un cadre incitatif adéquat où les assureurs tireront un profit plus grand de la mise en place de structures intégrées de qualité plutôt qu'en tirant avantage de certaines défaillances des mécanismes de marché.

2. Les voies multiples de la contractualisation

Le mariage de la concurrence organisée et de structures verticalement intégrées est donc un pari intéressant mais difficile. En revanche, les avantages d'une intégration verticale accrue dans le cadre des structures en place sont directement tangibles. Celle-ci peut passer par des degrés divers de contractualisation entre les payeurs privés ou publics et les offreurs de soins, comme l'évoquait le récent rapport Soubie en 1994 (commissariat général du Plan, 1994, p. 216).

En effet, il semble que l'évolution à rechercher soit ici parallèle tant pour les structures publiques que privées. Dans un premier temps, on peut noter qu'un système de santé national intégré comme le National Health Service britannique correspond bien à une forme de réseau intégré. Le paiement est effectué *ex ante*, à la capitation. Il conduit à des formes de soins un peu plus frustes, mais avec, dans l'ensemble, un état sanitaire de la population tout à fait acceptable. Ce qui caractérise l'expérience britannique est justement la capacité à bien maîtriser les apports de la technologie médicale en la concentrant sur les cas où elle est le plus susceptible d'apporter des bénéfices humains et sociaux.

Une telle organisation a aussi ses revers en termes de choix collectifs. Elle offre dans l'ensemble un service « rustique » qui serait celui d'un HMO américain généralisé de bas de gamme. Elle peut aussi conduire à des choix sociaux implicites en

ce qui concerne les soins offerts aux personnes âgées qui ne peuvent pas forcément être posés dans les mêmes termes dans notre pays. En ce qui concerne les structures publiques, des formes d'intégration verticale accrue avec les offreurs restent possibles. A cet égard on peut évoquer une contractualisation plus stricte des relations entre caisses et médecins à l'image de ce qui se fait en Allemagne. Cela peut également concerner des professions de santé spécifiques comme les accords passés avec les cliniques ou les biologistes en France.

Par ailleurs, les structures d'assurance pourraient proposer des alternatives intéressantes. Il semble que l'argument central de la démarche doit pouvoir être de diversifier les choix collectifs tout en offrant des ratios coûts/efficacité compétitifs par rapport aux structures déjà en place. Il s'agit dans ce cas d'innovation organisationnelle, où un meilleur management des structures de soins permettrait de mieux contrôler certains effets résiduels que ne le ferait un simple remboursement accru. L'équilibre à trouver n'en reste pas moins délicat, puisqu'il ne s'agit en rien de s'insérer directement dans la décision médicale, le dialogue singulier entre le patient et son praticien devant être préservé. Les incitations offertes par la structure intégrée devraient permettre au praticien de choisir, parmi les diverses alternatives thérapeutiques, celle qui est porteuse de la plus grande efficacité médicale et économique. Cela nécessite de définir les plafonds d'intervention en effectuant là aussi des choix extrêmement délicats. Néanmoins, le bien-être procuré par une prise en charge globale de qualité devrait permettre de compenser certaines contraintes ainsi imposées par ailleurs. Tout dépendra alors du niveau de satisfaction offert aux assurés qui accepteront de devenir durablement affiliés à ces structures verticalement intégrées par rapport aux alternatives traditionnelles proposées par ailleurs ■

Bibliographie

- BAKER, L. C. (1994). « Does Competition from HMOs affect Fee for Service Physicians ? », *NBER Working Paper*, n° 49-20, novembre.
- BAUMGARDNER, J. R. (1991). « The Interaction between Forms of Insurance Contract and Types of Technical Change in Medical Care », *Rand Journal of Economics*, 22, 1, p. 36-53.
- COASE, R. (1987). « La nature de la firme », reproduit in *Revue française d'économie*, vol. II, n° 1, p. 133-163.
- COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN (1994), *Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie*, R. Soubie, J. L. Portos, C. Prieur.
- CRÉMER, J. (1993). « Intégration verticale : vers un guide pour le praticien », *Document de travail n° 23*, Institut d'économie industrielle, Toulouse, janvier.
- ELLIS, R. P., MCGUIRE, T. (1990). « Optimal Payment Systems for Health Services », *Journal of Health Economics*, n° 9, p. 375-396.
- EVANS, R. G. (1981). « Incomplete Vertical Integration : the Distinctive Structure of the Health Care Industry », in *Health, Economics, and Health Economics*, p. 329-353, J. Van der Gaag et M. Perlman éditeurs.
- GROSSMAN, S. J., HART, O. D. (1986). « The Costs and Benefits of Ownership : A Theory of Vertical and Lateral Integration », *Journal of Political Economy*, vol. 94, n° 4, p. 691-719.
- GRUBER, J. (1992). « The Effect of Price Shopping in Medical Markets : Hospital Responses to PPOs in California », *NBER Working papers n° 4190*, octobre.
- JACOBZONE, S. (1994). « Systèmes mixtes d'assurance maladie, équité et gestion du risque », *Communication au congrès de l'AFSE*, septembre.
- LAUNOIS, R. J., GIRAUD, P. (1985), *Les Réseaux de soins, médecine de demain*, Paris, Economica.

- LAUNOIS, R. (1988), « L'influence "maligne" de l'assurance maladie sur le coût des soins médicaux », in *Economie sociale*, textes réunis par D. Kessler, Éditions CNRS.
- McCLELLAN (1994), « Why do Hospital Costs Keep Rising ? Hospital Reimbursement, Hospital Production and the Puzzles of Medicare's Prospective Payment System », Draft, Harvard University, NBER, *ESF conference in Sitges*, Spain, june.
- MELNICK, G. A., ZWANZIGER, J., BAMEZAI, A., PATTISON, R. (1992), « The Effects of Market Structure and Bargaining Position on Hospital Prices », *Journal of Health Economics*, vol. 11, p. 217-233.
- NEWHOUSE, J. P. (1992a), « Medical Care Costs : How Much Welfare Loss ? », *Journal of Economic Perspectives*, 6, 3, p. 3-23.
- NEWHOUSE, J. P. (1992b), « Pricing and Imperfections in the Medical Care Market Place », *Health Economics Worldwide*, édité par P. Zweifel et H. E. Frech III, Kluwer.
- VAN DE VEN, W. P. M. M. (1994), *Regulated Competition in Health Care : With or Without a Global Budget*, European Economic Association, ninth meeting, Maastricht, septembre.
- WEISBROD, B. (1991), « The Health Care Quadrilemma : An Essay on Technological Change, Insurance, Quality of Care, and Cost Containment », *Journal of Economic Literature*, 29, 2, p. 523-552.

La fonction de demande de soins ou L'ARLESIENNE DU MARCHE

MOTS CLEFS : *asymétrie d'information • demande de soins • régulation • risque moral • théorie de l'agence •*

L'objet de cet article est de mesurer l'importance, tant sur un plan théorique qu'en termes de politiques de santé, de la présence d'asymétries d'information sur le marché des services médicaux. Cette analyse revient à s'interroger, dans un premier temps, sur l'existence même d'une fonction de demande sur ce marché, pour aborder, dans un second temps, le caractère opportun d'une régulation par la demande.

rait révélateur, le terme « demande » n'est pas d'usage courant sur le marché des soins médicaux. Ainsi, le législateur raisonnera plus volontiers en termes de droits (à l'accès égal aux soins, par exemple). Les assurés et les représentants syndicaux se réfèrent de préférence à la notion d'acquis sociaux et les patients expriment plutôt un besoin ou un désir de recouvrer au plus vite un état de santé antérieur. Quant aux médecins, ils évoqueront souvent les attentes, voire les exigences de leurs patients. Par ailleurs, les études réalisées dans le champ de la santé portent traditionnellement sur la notion de consommation médicale¹ au sens des comptes de la santé. Mais consommation et demande de soins ne sauraient être mises en équivalence, dans la mesure où la première résulte d'un ensemble de décisions prises à la fois par les patients et par les offreurs. La demande est clairement à mi-chemin entre besoin et consommation.

Mais où se situe-t-elle exactement ? La demande apparaît de fait tellement insaisissable que l'on peut se demander, avec Tanti-Hardouin², si elle n'a pas fini par acquérir un statut qui s'apparente à celui de l'Arlésienne dans l'œuvre de Bizet : on ne la voit jamais... mais on en parle !

Implicitement, en effet, elle est omniprésente. Aux États-Unis, les menaces de procès médicaux que font peser les associations de consommateurs sur les médecins offrent une illustration (certes, caricaturale) d'effets de demande. La présence de tels effets est aussi manifeste en France, à plus d'un titre :

* Professeur à l'université de Bretagne occidentale et Legos, université de Paris-IX.

– ainsi dénomme-t-on communément le copaiement à la charge des usagers le « ticket modérateur ». L'analyse repose bien sur l'hypothèse d'un éventuel effet de surconsommation (ou risque moral) que l'on tenterait d'enrayer par cette participation financière ;

– les médecins sont les premiers à se reconnaître une grande liberté de prescription (et à se battre pour son respect), liberté qui leur confère un pouvoir quasi discrétionnaire sur la fonction de demande. A l'inverse, la pression de la demande à la prescription pharmaceutique leur sert souvent d'argument lorsqu'ils sont amenés à expliquer des stratégies de prescription médicamenteuse atypiques ;

– il en va de même pour l'idée de suppression de l'avance de frais³ aux soins de premier recours (soins de généralistes, par exemple). Alors même que la plupart des pays ont recours à un tiers payant, cette mesure est perçue comme nécessairement inflationniste, ce qui tendrait à prouver que le patient a, en France, un rôle particulier à jouer.

Qu'en est-il vraiment du rôle de la demande sur le marché des soins médicaux ? Telle sera la question qui sous-tendra cette présentation. Elle est fondamentale pour au moins deux raisons :

– d'une part, sur un plan strictement théorique, il convient de s'interroger sur l'existence d'une demande que l'on qualifie traditionnellement de « stable et autonome ». En son absence, il conviendra de modifier les instruments traditionnels de la micro-économie pour intégrer cette interdépendance des fonctions d'offre et de demande ;

– d'autre part, il importe de savoir quel rôle peut jouer la demande dans une politique de régulation du marché des services de soins.

En conséquence, l'objet de la première partie sera de tenter de cerner cette notion de demande, afin de s'interroger dans un second temps sur le caractère opportun et les modalités d'une régulation de la demande.

I. PEUT-ON PARLER D'UNE FONCTION DE DEMANDE SUR LE MARCHÉ DES SOINS MÉDICAUX ?

Parler d'une fonction de demande serait-il inapproprié ? Il convient, pour répondre à cette question, de retracer l'évolution des approches économiques de la demande, en s'interrogeant sur leur capacité à rendre compte des faits stylisés qui caractérisent ce marché.

1. Le cloisonnement des approches économiques de la demande

L'on distingue traditionnellement trois types d'analyse de la demande : la demande de soins, la demande de santé et la demande d'assurance maladie. L'objet n'est pas ici de présenter de manière exhaustive ces approches, au demeurant bien étudiées¹. Il est plutôt de souligner le cloisonnement qui prévaut dans le

développement de ces analyses, obstacle à toute tentative de représentation globale du phénomène étudié.

■ *La demande de soins médicaux*

Dès 1963, K. Arrow souligne l'importance de l'ignorance et de l'incertitude du patient comme caractéristique de la demande sur le marché des services médicaux⁵. Certains travaux, essentiellement d'origine anglo-saxonne, ont néanmoins tenté d'appliquer l'analyse marginaliste, qui repose fondamentalement sur l'hypothèse de parfaite souveraineté des consommateurs⁶.

Mais l'hypothèse d'induction de la demande formulée en 1974 par R. Evans⁷ apporte un démenti progressif à ces approches. Plaçant l'ignorance du patient au cœur de l'analyse, l'auteur émet en effet l'hypothèse selon laquelle le médecin est à même d'influer sur le niveau et la nature de la demande de soins de ses patients. L'utilisation par le médecin de ce pouvoir discrétionnaire doit lui permettre d'ajuster ses revenus réels au revenu qu'il désire, qualifié de « revenu cible ». Un tel ajustement pourrait se révéler nécessaire dans le cas d'une plus forte concurrence sur le marché (augmentation de la densité médicale), qui devrait, selon les prédictions du modèle néoclassique, conduire à une baisse des revenus des médecins. Il pourrait aussi se justifier dans le cas de gels de tarifs que les médecins souhaiteraient contourner.

Cette analyse en terme de demande induite a eu de très larges répercussions tant sur un plan théorique que sur celui des politiques de santé :

- par la remise en question de l'existence même d'une demande stable et autonome de soins, elle a conduit à évincer progressivement le patient de l'analyse. Les travaux théoriques se sont alors caractérisés par des modèles à équilibre prix-quantité définis uniquement en fonction des préférences du médecin ;
- sur le plan des politiques de santé, le débat renvoie au rôle que peut jouer la concurrence sur ce marché et donc, *a contrario*, à la question du bien-fondé et de la nature de l'intervention de l'État dans la régulation des systèmes de santé.

Valider empiriquement cette hypothèse est alors devenu un enjeu majeur. En conséquence, un grand nombre d'études économétriques, essentiellement d'origine anglo-saxonne, ont tenté de vérifier dans les faits l'hypothèse de demande induite⁸. Pour ce faire ont été confrontées les prédictions du modèle de demande induite et celles du modèle néoclassique standard. Ces études ont toutefois souffert de lacunes méthodologiques, qui sont souvent à l'origine des résultats ambigus, voire contradictoires, qui ont été obtenus.

• **Limites d'études utilisant la densité médicale comme variable explicative.**

D'après le modèle néoclassique, suite à une augmentation de la densité médicale, un excédent devrait être résorbé par une baisse de prix (pour les systèmes à prix flexibles comme les États-Unis), cette baisse de prix pouvant éventuellement donner lieu dans un deuxième temps à une augmentation de l'activité par médecin, de par l'élasticité-prix de la demande⁹. Selon l'hypothèse de la demande in-

duite, par contre, une plus forte densité médicale peut néanmoins s'accompagner d'une augmentation de l'activité par médecin sans qu'intervienne une baisse préalable du prix.

La validation empirique a été essentiellement effectuée sur des comparaisons de zones géographiques à forte et faible densité médicale. En effet, l'utilisation de séries temporelles s'est révélée difficile, dans la mesure où la densité médicale est régulée par un *numerus clausus* et ne connaît donc pas de variations suffisantes pour constituer une variable explicative significative.

Mais les résultats obtenus sur comparaisons géographiques se heurtent à la nécessité d'inclure dans les régressions toutes les variables exogènes (autres que la densité médicale) qui pourraient influencer sur la variable que l'on cherche à expliquer. Ainsi devraient être isolées, notamment, des différences dans les besoins de la population, dans le contenu et la qualité des actes médicaux, des disparités de coûts en temps pour les usagers. De manière plus importante encore, il convient de s'assurer que la population de la zone géographique à faible densité consomme bien dans cette zone et non dans la zone voisine (à forte densité et qui aurait un effet d'attraction par son offre de soins de ville et hospitaliers, par exemple). Ce type d'étude ne peut donc être envisagé que sur des données micro-économiques très fines permettant de contrôler ces facteurs confondants, données qui ne sont pas disponibles de manière routinière¹⁰.

L'étude la plus solide en la matière demeure celle de Cromwell et Mitchell¹¹, selon laquelle une augmentation de 10 % du nombre de chirurgiens ferait croître de 0,9 % le recours par habitant aux soins chirurgicaux traditionnels et de 1,3 % pour la chirurgie esthétique. Malgré la très grande qualité de l'information collectée, ces résultats doivent toutefois être utilisés avec circonspection, car une variable explicative importante a été omise, à savoir la couverture par l'assurance volontaire.

En conclusion, il semble fort peu probable que l'on puisse établir un test concluant sur l'existence d'une induction de la demande par l'offre, suite à une augmentation de la densité médicale, sauf à méconnaître les problèmes méthodologiques évoqués précédemment¹². Nonobstant ces difficultés et de manière quelque peu paradoxale, cette hypothèse connaît en France un réel engouement de la part des pouvoirs publics, qui se traduit par l'affirmation qu'une réduction du nombre de médecins contribuerait à réduire d'autant les dépenses de soins de ville¹³.

• **Apports des études de modification des systèmes de rémunération.**

Il est fort heureusement possible d'apporter un éclairage plus concluant sur la question de l'existence d'un pouvoir de création de demande par le médecin. Cette approche est centrée sur l'analyse, à partir de séries temporelles, de l'impact de changements ponctuels du système de rémunération sur le niveau d'activité du médecin. En revanche, la densité médicale n'apparaissant plus comme

une variable explicative, l'analyse ne permet plus d'estimation de l'élasticité de l'offre à une augmentation de la densité médicale.

L'une de ces approches plus récentes consiste à analyser les effets d'un gel des tarifs médicaux pour l'État du Colorado¹⁴. Les résultats mettent en évidence une hausse compensatoire du nombre et de la complexité des actes. Plus récemment, des travaux réalisés à partir de données plus fines¹⁵ ont confirmé la capacité des médecins à se maintenir à un niveau de revenu-cible en situation de gel des tarifs : le nombre et surtout la technicité des actes sont en effet revus à la hausse par un phénomène de surcotation.

Ces études corroborent l'existence d'une certaine marge de manœuvre, d'amplitude limitée, dont disposerait le médecin. Elles conduisent à reconsidérer le rôle de la demande sur le marché des soins médicaux :

- un cheminement progressif vers des modèles plus proches de la réalité a été mis en évidence. Certains modèles théoriques¹⁶ tentent ainsi de modéliser la relation-médecin en partant de la notion de demande « conditionnelle » de Pauly¹⁷ selon laquelle le médecin propose et le patient dispose ;

- sur le plan empirique, d'autres travaux ont ouvert une voie médiane¹⁸ en utilisant le concept de demande pure qui tente de distinguer ce qui relève de l'initiative du patient (l'accès aux soins) de ce qui relève de celle du médecin (la nature et le volume des consommations médicales). L'analyse de la demande porte alors sur la première composante, à savoir la fréquence des épisodes de soins, mieux à même d'appréhender ce qui relève des choix délibérés des patients.

■ La demande de santé

Parallèlement à ces travaux se développent des applications au champ de la santé de la théorie du capital humain de G. Becker. Partant d'estimations qui indiquent que la demande de soins semblerait déterminée prioritairement par des facteurs de morbidité (plutôt que par des facteurs socio-économiques), Grossman élabore un modèle qui tente de recentrer le champ de l'analyse économique sur la demande de santé plutôt que sur la demande de soins, cette dernière étant alors dérivée de la première.

Ce modèle a fait l'objet d'extensions qui permettent de dépasser certaines des difficultés rencontrées dans l'estimation des paramètres¹⁹. Par ailleurs, dans la lignée des travaux de Grossman, s'est développée une littérature située très en amont de la demande de soins. Elle touche à la modélisation des comportements d'hygiène de vie et de consommation de certains produits (alcool, tabac) qui vont affecter l'état de santé de l'individu²⁰.

Cette analyse en termes de demande de santé reste toutefois très centrée sur l'idée du libre choix du consommateur, qui effectue des investissements dont le niveau déterminera, *in fine*, sa demande de soins de santé. Le rôle de l'offreur n'y est pas explicité, alors même qu'il est central aussi bien dans la détermination de la demande de soins que dans celle, plus générale, de santé (au titre de la prévention, par exemple).

■ *La demande d'assurance*

L'analyse s'est développée ici à deux niveaux. Pour les pays où l'assurance est volontaire comme aux États-Unis, certains travaux portent sur les facteurs déterminant le niveau d'assurance choisi. Plus généralement sont étudiées les deux formes principales d'effets pervers liés à l'asymétrie d'information entre assureurs et assurés : le risque moral et la sélection adverse²¹. En particulier sont estimés les effets, sur la demande de l'assuré, de la mise en place de diverses conditions de prise en charge par l'assurance. L'hypothèse sous-jacente à ces travaux est que le patient est un consommateur éclairé, certes parfois en situation d'incertitude. Mais il détermine seul sa demande, le pouvoir discrétionnaire du médecin n'entrant pas dans cette analyse.

Ce sont surtout des études d'origine nord-américaines qui ont tenté de comparer diverses méthodes de réduction du risque moral (copaiements, franchises). Parmi celles-ci, la plus concluante est celle de la Rand Corporation, aux États-Unis²², car elle s'appuie sur une expérience naturelle de grande envergure, le Health Insurance Experiment. Cette étude offre ainsi des estimations d'effets-prix et revenu (sur le niveau d'utilisation des soins) sur la demande de soins²³. Dans la lignée de travaux d'économie publique²⁴, les résultats indiquent l'inefficacité d'une réassurance à 100 % d'un mécanisme de franchise ou de copaiement. En effet, la gratuité des soins entraîne un niveau de consommation de dépenses de ville de 45 % supérieur à celui de ménages qui acquittent 95 % de ticket modérateur jusqu'au seuil de remboursement. L'écart entre les niveaux de consommation tend à se refermer dès l'introduction d'un ticket modérateur de 25 %, le niveau de consommation n'étant plus alors supérieur que de 24 %.

Ces résultats indiqueraient ainsi une sensibilité de la demande par rapport aux prix, à condition que le changement de prix auquel l'usager fait face soit perceptible. Le niveau de la participation (hors remboursement par les assurances complémentaires) doit en effet être modifié de façon assez considérable pour qu'une telle sensibilité apparaisse (la participation doit être d'au moins 25 %).

Toute la difficulté réside toutefois dans la question de savoir si le relèvement du ticket modérateur réduit bien des dépenses inutiles et celles-là uniquement. Sur cet aspect, les résultats d'analyses complémentaires réalisées par la Rand ne semblent pas indiquer la présence d'un tel effet-revenu. On peut cependant s'interroger sur l'horizon-temps de cette étude, trop court peut-être pour mesurer l'impact en terme d'état de santé d'une réduction de consommation, notamment en ce qui concerne les dépenses de prévention.

Plus récemment, une étude de l'Insee²⁵ sur l'enquête « Santé 1980 » teste l'hypothèse selon laquelle, « si le risque moral est admissible, on devrait observer une consommation plus élevée chez les personnes disposant d'une couverture complémentaire, toutes choses égales par ailleurs ». Les résultats empiriques indiquent, d'une part, la présence d'un tel risque moral et confirment, d'autre part, un résultat connu de la théorie de l'assurance, à savoir que ce sont plutôt les mauvais risques qui s'assurent (présence d'antisélection). L'exercice est toutefois rendu

difficile par le fait que la population sans assurance complémentaire sur laquelle porte la comparaison ne représente plus que 17 % de la population totale²⁶ et qu'elle est très spécifique (les jeunes et les personnes âgées y sont sur-représentés).

Ce rapide panorama des approches économiques de la fonction de demande indique que celles-ci se sont développées indépendamment les unes des autres et que l'on ne dispose pas aujourd'hui d'une représentation unifiée de la fonction de demande. Il conviendrait donc de mettre en évidence à la fois les interrelations entre ces trois niveaux de demande et la façon dont elles s'articulent avec l'offre de soins. A titre illustratif, le dentiste ne manquera pas de demander à son patient quelle est son assurance complémentaire avant de lui faire une recommandation de traitement ! L'application au marché des soins médicaux de développements récents de la théorie microéconomique a permis d'avancer dans cette voie.

2. La théorie de l'agence comme approche synthétique

L'application au marché des services médicaux de la théorie microéconomique de l'agence permet de prendre en compte l'interdépendance entre offre et demande en centrant l'analyse sur la notion de contrat. De fait, cette théorie, issue des théories de l'information et des incitations, offre une grille de lecture très pertinente du marché des soins médicaux. Elle permet surtout d'identifier les imperfections des relations s'établissant sur ce marché, du fait d'asymétries informationnelles, en termes de risque moral et sélection adverse.

■ Application au marché des services médicaux

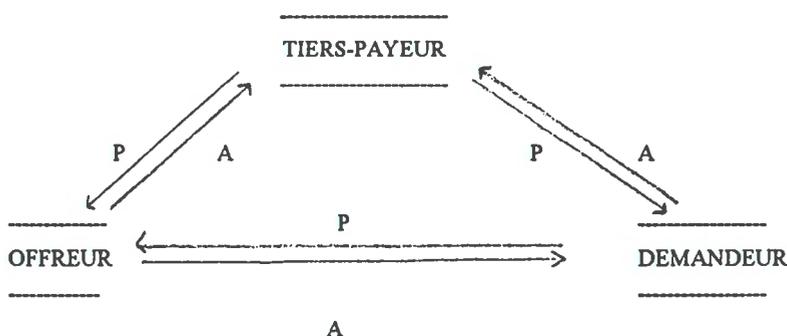
Partant de la relation la plus immédiate, à savoir celle qui se noue entre médecin et patient²⁷, de nombreuses relations d'agence ont depuis été établies entre les acteurs principaux que sont les producteurs de services, les usagers et les financeurs. A titre d'illustration, l'application de la théorie de l'agence à la relation tutelle-médecin²⁸ a montré que, dans la mesure où la tutelle n'a pas les moyens d'observer le niveau d'effort des médecins, elle se voit contrainte d'utiliser des mesures incitatives, l'enveloppe globale en étant un exemple. D'autres travaux ont porté sur l'application de la théorie de l'agence à l'analyse de l'hôpital ou à l'interaction entre financeurs : tutelle et tiers payeur (la Sécurité sociale)²⁹.

L'utilisation de la théorie de l'agence a permis un repérage et une caractérisation adéquate des relations existant sur ce marché. Dans son ensemble, elle est toutefois demeurée peu opérationnelle, de par la fragmentation des décisions sur le marché des soins. Celui-ci se caractérise en effet par un éclatement des responsabilités entre ceux qui passent les contrats (les financeurs), les agents (les offreurs) et les bénéficiaires (les patients). De surcroît, un acteur sur ce marché peut entrer dans plusieurs relations d'agence. C'est le cas du médecin, par exemple³⁰, agent du patient qui lui demande un effort (le temps qu'il va lui consacrer) et un message (diagnostic et recommandation thérapeutique), et, de plus en

plus, agent de la tutelle qui lui confère la responsabilité de l'allocation de ressources rares.

En conséquence, plus que la présentation de ces multiples relations d'agence (on pourrait en évoquer d'autres, comme celles qui s'établiraient avec l'industrie pharmaceutique ou avec les assurances complémentaires), l'intérêt est ici de souligner ces interactions. L'éclatement des responsabilités en au moins trois pôles peut être illustré par le graphique 1.

Graphique 1 :
Arbitrages entre relations d'agence sur le marché des soins médicaux



Légende : P : principal (qui délègue l'action). A : agent (qui effectue l'action).

Ici, la double relation d'agence du médecin conduit nécessairement à des arbitrages entre intérêt individuel du patient et intérêt collectif représenté par la tutelle. Ces arbitrages se réaliseront en fonction des objectifs des acteurs du marché, objectifs déterminés, d'une part, par les modes de rémunération des médecins et, d'autre part, par le mode de remboursement des patients.

L'importance respective attachée aux multiples objectifs qui rentrent dans la fonction d'utilité du médecin (revenu, loisir, éthique professionnelle) est partiellement déterminée par le cadre institutionnel dans lequel ce dernier exerce. Ainsi, un médecin exerçant dans un système à dominante de capitation tel qu'il existe en Grande-Bretagne aura tendance à développer l'objectif loisir et n'encouragera pas le patient à venir le consulter à nouveau. Dans la mesure où le médecin reçoit un forfait annuel par patient, quelle que soit l'intensité des soins, et où le nombre de patients par médecin est essentiellement déterminé par des critères hors de son contrôle (zone géographique), le revenu ne varie pas en fonction de l'effort. Par contre, un système de paiement à l'acte favorisera cet effort et aura tendance à encourager la multiplication des actes. Dans ce cas, c'est l'objectif revenu qui primera sur l'objectif loisir. On retrouve, traduite ici en termes d'imperfections de relation d'agence (plus précisément en terme de risque moral), l'analyse évoquée précédemment sous le nom de « demande induite ».

Pour le patient, l'existence d'une solvabilisation de la demande par l'assurance collective obligatoire conduit à des effets de risque moral : dans la mesure où il ne paie qu'une fraction (le ticket modérateur) du coût total des soins reçus, son intérêt individuel est de consommer plus que s'il avait dû payer l'intégralité des soins.

Ainsi, diverses alliances tacites peuvent se nouer entre acteurs des systèmes de santé. Dans un système de type britannique, l'alliance tacite pourra se réaliser entre le médecin (qui cherche à minimiser l'effort) et la tutelle (soucieuse de l'équilibre budgétaire), au détriment de la satisfaction du patient. A l'inverse, dans un système de paiement à l'acte avec solvabilisation de la demande comme en France, une alliance tacite se nouera entre médecin et patient, au détriment de la tutelle. Dans ce cas, l'augmentation des volumes de soins est bien le résultat d'effets de risque moral côté offre et côté demande.

Clairement, l'assurance maladie obligatoire n'est pas en mesure d'assurer un contrôle efficace des dépenses, car elle ne peut vérifier l'action de l'agent, ici, en l'occurrence, celle qui résulte des décisions conjointes du couple médecin-patient. Tels qu'ils existent actuellement, les contrats passés avec les médecins sont tout d'abord globaux, dans le cadre de conventions médicales. De fait, il n'y a pas en effet de conventionnement individuel, à la différence d'autres pays européens. De plus, ces conventions jusqu'à récemment³¹ ne contenaient ni clauses incitatives (au sens de la théorie de l'agence) ni clauses véritablement contraignantes : la menace exercée n'est en effet pas crédible : le nombre de déconventionnements est resté très limité, les contrôles de Tsap – tableaux statistiques de l'activité des praticiens –, inefficaces. L'inefficacité de tels contrats apparaît bien à la lumière des travaux de la théorie de l'agence.

L'analyse ci-dessus a été développée pour la tutelle. Elle pourrait être appliquée fructueusement au cas de la couverture complémentaire, avec, de surcroît, des phénomènes de sélection adverse.

Les travaux qui ont été présentés nous engagent à reconsidérer l'analyse de la croissance des dépenses de santé et les conclusions que l'on a pu en tirer en matière de maîtrise de ces dépenses. Par-delà les facteurs structurels de croissance³² clairement identifiés (effet de vieillissement, effets de génération, progrès technique), l'analyse souligne en effet toute l'importance de phénomènes comportementaux qui se renforcent mutuellement, en particulier le risque moral, tant du côté des offreurs que de celui des usagers.

Elle nous incite de ce fait à dépasser une simple logique de moralisation qui tendrait à attribuer de manière arbitraire la « responsabilité » de la croissance des dépenses à l'offre ou à la demande de soins et met en lumière tout l'intérêt d'une approche globale de la régulation, tenant compte de ces interdépendances. Cette nouvelle régulation passe par la définition de systèmes d'incitations encourageant les agents à adopter des comportements vertueux (au sens purement économique de l'utilisation efficace de ressources rares).

II. QUEL RÔLE POUR LA DEMANDE DANS LA RÉGULATION DE DEMAIN ?

En 1993, la dépense nationale de santé en France s'est élevée à 693 milliards de francs courants, ce qui représente 9,8 % du PIB³³. En vingt ans (1970-1991), cette consommation (en valeur courante) a été multipliée par 13,5, le PIB n'étant pour sa part multiplié que par 8,5 sur cette même période. Cette croissance plus rapide de la consommation des soins et des biens médicaux a été signalée dans la plupart des pays européens, plus particulièrement sur la période 1970-1980, la progression des écarts entre CSBM et PIB se ralentissant toutefois nettement dans ces pays sur la période 1980-1991. C'est justement sur cette seconde période que la France se singularise, avec une dérive plus forte que dans tous les pays comparables³⁴.

Ce constat de déphasage entre croissance du PIB et de la consommation médicale conforte le sentiment d'échec à l'égard des politiques de régulation mises en œuvre en France jusqu'à récemment, prioritairement des politiques de régulation de la demande. Il fonde les approches plus récentes de régulation qui tendent à faire porter l'ensemble des efforts sur l'offre de soins. Les analyses présentées précédemment soulignent toutefois l'interdépendance entre les acteurs et invitent à une réflexion sur le nouveau rôle que pourrait jouer la demande dans la régulation du système de soins en France.

1. Heurs et malheurs de la régulation par la demande en France

Traditionnellement sur un marché, c'est par l'arbitrage que la demande exerce une contrainte sur l'offre. La régulation s'effectue alors par la mise en concurrence des offreurs. En présence de défaillances du marché (*market failures*) liées par exemple à des asymétries d'information, la régulation par l'État peut être amenée à se substituer à celle du marché. Ce qui est étonnant dans le cas français est que ces deux formes de régulation semblent plutôt coexister.

■ *La régulation par la demande au sens du marché*

De manière surprenante, en effet, le système de santé français continue à reposer sur une certaine mise en concurrence des offreurs par les usagers et fait donc implicitement appel à une régulation de type marché. Les services médicaux sont soumis à la procédure d'arbitrage direct du patient, puisque celui-ci a le libre choix entre les quatre points d'entrée dans le système de santé que sont les consultations externes, les urgences, les soins de généralistes et les soins de spécialistes. Pour ce qui est des soins hospitaliers, le patient peut opter librement pour les hôpitaux publics ou pour des cliniques privées, sans différence majeure de prise en charge. Enfin, le recours à l'arbitrage par le patient a été renforcé par la création en 1980 d'un nouveau secteur conventionnel, dit « secteur 2 »³⁵.

Mais cette mise en concurrence par les patients ne génère pas l'amélioration d'efficacité que l'on pourrait en attendre *a priori*. Cela s'explique fondamentalement par l'ignorance du patient auquel on demande d'opérer des choix entre des

services qui sont, de surcroît, de nature plus complémentaire que concurrente ! La plupart des services de généralistes et de spécialistes se complètent en effet naturellement³⁶, et cette complémentarité est organisée par la mise en place de filières dans la plupart des systèmes de santé de l'OCDE.

Une concurrence entre services de nature différente n'est en effet pas tenable à long terme. L'exemple des États-Unis en la matière est probant, la plupart des médecins étant aujourd'hui devenus des spécialistes. Les patients, ayant peu de repères pour juger de la qualité de la prestation des différents services médicaux, sont à la merci des médias qui survalorisent la spécialisation et la technicité. En France, la croissance du nombre de médecins à exercice particulier (MEP) est un indice d'une évolution proche de celle des États-Unis. Elle traduit bien la nécessité qu'éprouvent les généralistes de s'identifier aux spécialistes pour tenir face à la concurrence sur le marché des soins ambulatoires. Mais ces spécialisations, très marginales par rapport à la pratique médicale, ne sauraient suffire à leur garantir une part de marché stable à moyen terme.

On peut s'interroger au même titre sur la viabilité d'une concurrence organisée entre cliniques et hôpitaux, en raison de la spécialisation des premières sur des créneaux porteurs et de l'assujettissement au budget total des seconds. Globalement, il est donc à craindre que la concurrence par le marché telle qu'elle existe en France soit plus génératrice d'effets pervers et de coûts de transaction que d'incitations à l'efficacité. Ne devrait-on pas parler d'antirégulation ?

■ *La régulation de la demande au sens de l'intervention de l'État*

Ce qu'évoque traditionnellement la régulation de la demande en France est l'ensemble des interventions de l'État, dénommées « plans d'économies maladie », dont la volonté affichée est de responsabiliser les usagers, mais dont le véritable objet est d'opérer un rééquilibrage des comptes par un transfert de charge vers les usagers et leur couverture complémentaire. Entre 1975 et 1995, dix plans se succèdent, agissant pour la plupart sur le malade lui-même.

La responsabilisation financière des usagers qui a pris forme au fil de ces plans est complexe, voire opaque. Elle emprunte en effet de multiples voies : l'avance de frais, des tickets modérateurs proportionnels à la consommation, des paiements de nature plus forfaitaires (forfait journalier hospitalier), et des dépassements du secteur 2, ces derniers relevant d'une autre logique que celle de la modération : ils sont censés refléter la disposition de l'assuré à payer plus cher un service qu'il jugerait éventuellement supérieur (et qui pourrait être obtenu dans le secteur 1 au tarif de responsabilité).

En outre, la participation financière est élevée en comparaison avec la plupart des pays européens³⁷ : la Commission des comptes de la santé l'estimait à environ 15,3 % pour l'année 1994 (hors remboursement de toute complémentaire, mutuelle ou assurance privée). Cette moyenne cache de surcroît des taux nettement plus élevés (25,2 %) lorsqu'il s'agit des seuls soins ambulatoires et surtout des disparités fortes entre usagers.

En dépit de son niveau élevé, son efficacité demeure très limitée en matière de réduction du risque moral dans la mesure où l'usager est soit exonéré au titre de maladies longues et coûteuses, soit, s'il dispose d'une assurance complémentaire, remboursé parfois jusqu'à 100 % du tarif de responsabilité³⁸. Dans ce cas, qui s'applique à environ 83 % des assurés, l'effet-prix recherché est annulé, les 17 % restants connaissant pour leur part des effets de rationnement de leur consommation (effets-revenu)³⁹.

Enfin, l'efficacité des politiques de responsabilisation de la demande se voit potentiellement réduite par les comportements d'alliance tacite entre médecin et patient évoqués précédemment. L'analyse du plan Séguin de 1987⁴⁰ montre ainsi que la réaction des médecins a été d'adoucir la nouvelle contrainte financière mise en place à l'égard des usagers, par exemple par des modifications de prescription permettant de continuer à bénéficier de taux de remboursement plus élevés.

Malgré le constat d'échec de ces mesures d'augmentation de la participation des usagers⁴¹, le dernier plan en date (plan Veil du 1^{er} août 1993) se soumet à la tradition : une augmentation uniforme de 5 % du ticket modérateur sur l'ensemble des dépenses de ville prises en charge par le régime général.

2. Perspectives en matière de responsabilisation de la demande

Faut-il pour autant jeter le bébé avec l'eau du bain, selon l'expression imagée des Anglo-Saxons, et abandonner toute tentative de régulation de la demande, au nom de l'asymétrie d'information si présente dans le domaine de la santé ?

■ *Dangers d'une maîtrise qui ne reposerait que sur l'offre de soins*

Telle est implicitement l'hypothèse faite dans le cadre de la politique de « maîtrise médicalisée »⁴², mise en place dès 1991 par le gouvernement et l'assurance maladie. Au vu, d'une part, de la grande liberté de prescription dont jouissent les médecins en France, y compris l'autoprescription par les spécialistes de leurs propres actes et, d'autre part, de la quasi-solvabilisation de la demande, les pouvoirs publics se sont en effet orientés sur une maîtrise de l'offre plutôt que sur la demande et, côté offre, sur le contrôle des quantités plutôt que des seuls prix. Ces mesures semblent aujourd'hui avoir certains des effets bénéfiques attendus.

Il n'est pas le lieu, dans cet exercice sur la demande de soins, d'effectuer un bilan de cette politique. Mais l'interdépendance des fonctions d'offre et de demande soulignée précédemment conduirait néanmoins à recommander une approche qui soit recentrée à la fois sur l'offre et la demande, prenant ainsi en compte les alliances éventuelles entre offreurs et demandeurs.

A titre illustratif, la régulation de la densité médicale par la réorientation de certains médecins n'aura que peu d'effet sur le taux de croissance des volumes des services si des mesures parallèles ne sont prises pour modifier les incitations prévalant pour les usagers. Leur demande sera en effet transférée vers les médecins demeurant en activité.

A l'inverse, un dispositif de type « ticket modérateur d'ordre public⁴³ » ne saurait résoudre le problème de risque moral côté usagers si les médecins n'ont pas de leur côté une incitation à prescrire mieux.

En tout état de cause, une certaine responsabilisation du patient ne manquera pas d'être réclamée de plus en plus vivement par les professions de santé et les industriels du médicament, sujets à une réglementation amenée à devenir plus contraignante sur leur volume d'activité. Cette responsabilisation doit toutefois être aussi juste socialement que possible, avec pour objectif une récompense de comportements vertueux plus qu'une mesure d'économie purement comptable.

Il semble donc opportun d'engager une réflexion sur des mesures de responsabilisation à valeur essentiellement pédagogique sur la demande, afin de compléter utilement le dispositif mis en place côté offre.

■ *Vers de nouvelles formes de régulation*

Les expériences étrangères en matière de responsabilisation sont riches en enseignements et leur analyse détaillée permet d'offrir quelques pistes de réflexion pour la France⁴⁴.

On remarque, notamment, que les pays qui introduisent des filières⁴⁵, comme la Grande-Bretagne, l'Allemagne, le Danemark, peuvent accorder la gratuité aux soins de premier recours. Inversement, ceux dans lesquels la « responsabilisation en amont » est faible doivent recourir à une « participation en aval », au moment de la consommation des soins, afin de limiter le risque moral. L'analyse des systèmes de santé étrangers montre donc qu'une relation inverse semble exister entre le degré de contrôle de l'accès en amont aux soins de second recours et l'importance de la participation financière des usagers en aval.

Or la France se singularise par :

- l'absence de responsabilisation en amont des usagers, au nom de la liberté de choix de l'usage ;
- l'inefficacité de la participation financière en aval très souvent réassurée par la complémentaire.

La nécessité d'une remise à plat de la participation financière des usagers s'impose clairement, tant sur des critères d'efficacité que d'équité. Elle adoptera diverses voies, selon les arbitrages qui seront réalisés entre les trois objectifs fondamentaux que sont la liberté, l'équité et l'efficacité⁴⁶. Si la voie de la responsabilisation en amont était retenue, la réforme pourrait s'inspirer utilement de l'expérience britannique. A plus court terme pourraient être envisagées des mesures temporaires permettant de redonner au système une certaine efficacité.

• **A court terme, les perspectives de responsabilisation en aval des usagers.**

Tant que ne peut être envisagée une telle remise à plat, le système, pour fonctionner plus efficacement, devrait se doter d'instruments de responsabilisation en aval plus efficaces quant à la réduction du risque moral côté usagers.

L'efficacité de la participation financière des usagers passe, on l'a vu, par l'exis-

tence de copaiements non réassurables, du type de la franchise sociale que la Belgique vient d'introduire récemment. En conséquence pourrait être instaurée une franchise sociale à valeur plus pédagogique que financière, s'adressant à tous les usagers. Il conviendrait, en outre, de mettre en place des exonérations liées à la non-solvabilité, correctifs nécessaires pour pallier le caractère inéquitable d'une telle mesure. La morbidité n'étant pas répartie de manière aléatoire selon les classes de revenu (les pauvres ont tendance à être plus gravement malades), une responsabilisation directement proportionnelle à la consommation est en effet injuste ; en outre, certaines pathologies entraînent des coûts hors de proportion avec les revenus des patients, même pour les catégories sociales les plus aisées. Un plafonnement différencié des paiements résiduels en fonction du revenu pourrait même être envisagé⁴⁷.

Si cette voie devait être retenue, elle nécessiterait au préalable une évaluation précise de l'impact attendu de la mesure. La mise en place d'une telle mesure pourrait de surcroît requérir l'intervention du législateur⁴⁸. La justification théorique d'une telle intervention serait celle du dilemme du prisonnier. Tous les organismes de couverture complémentaire ont en effet intérêt à réduire le risque moral par la mise en place de franchises ou de copaiements non réassurables, mais aucun ne peut les introduire seul, sous peine de perdre des parts importantes de marché. La situation s'apparente à celle qui prévalait sur le marché des produits pharmaceutiques où une part importante du chiffre d'affaires était consacrée aux dépenses de promotion, les dépenses de recherche et développement étant pour leur part très en deçà de la moyenne européenne. L'intervention de pouvoirs publics a permis une amélioration des conditions de la concurrence par la réduction autoritaire de ces dépenses de promotion.

- ***A plus long terme, les perspectives ouvertes par la réforme britannique.***

Si l'idée de responsabilisation en amont devait voir le jour en France, il conviendrait alors de prendre la mesure de l'expérience originale de la Grande-Bretagne dans le cadre de la réforme de son système national de santé.

40 % des médecins généralistes sont aujourd'hui responsables financièrement de budgets concernant les soins de second recours (spécialistes et soins hospitaliers) des patients inscrits sur leur liste. L'hypothèse explicite sur laquelle repose le dispositif est que, au vu de l'ignorance des patients, seuls les médecins généralistes peuvent être les moteurs d'une concurrence génératrice d'efficacité entre soins de second recours. Cette expérience permet de contourner l'obstacle principal à l'utilisation de la concurrence sur ce marché, à savoir l'information imparfaite du patient.

CONCLUSION

Ces quelques pistes ne sauraient être exhaustives. Si elles devaient séduire, elles nécessiteraient néanmoins une adaptation au contexte français. L'analyse de la demande de soins a en effet montré qu'en France les facteurs de croissance

communs à tous les systèmes de santé (caractéristiques socio-démographiques de la population, évolution socioculturelle des besoins, facteurs d'offre : le progrès technique, la démographie médicale) sont exacerbés par l'organisation même du système de santé. Parmi ceux-ci, nous retiendrons en priorité le pluralisme, qui offre à l'utilisateur une liberté de choix entre diverses structures de soins, mais aussi le financement socialisé avec remboursement *ex post*, qui libère progressivement la demande de santé des contraintes de revenu, enfin, l'extension de la couverture sociale à l'ensemble de la population, avec une prise en charge de la part résiduelle des ménages par leur couverture complémentaire.

Plus que d'apporter des solutions clefs en main, la vocation première de cet article est de susciter un large débat sur le sujet demeuré tabou de la responsabilisation des usagers du système de soins ■

Notes

1. Cf. les travaux effectués à partir d'enquêtes de consommation médicale de l'Insee ou du Credes, qui cherchent à mettre en évidence les déterminants des niveaux de cette consommation. La nature de l'exercice est ici de souligner des corrélations (par exemple, entre niveau socioculturel et consommation de soins).
2. Tanti-Hardouin, N., 1994, « L'économie de la santé », « Collection U Économie », Armand Colin.
3. Mieux connue sous le terme de « généralisation du tiers payant ». Le tiers payant est en effet la dispense d'avance de frais (avance de l'intégralité de la dépense, qui sera remboursée après coup par la Sécurité sociale).
4. Cf. les contributions de Lafarge, H., Le Pen, Cl., Levy, E., Benhamou, F., Joël, M. E., et Bungener, M., juin 1988, « Bilans et essais : la demande en économie de la santé », « Revue d'économie politique », n° 4, p. 445-507 ; et Tanti-Hardouin, N., *op.cit.*
5. Arrow, K., « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », « American Economic Review », n° 53, p. 941-973. L'incertitude serait ainsi multidimensionnelle : elle aurait trait à la survenance même de la maladie, mais aussi à sa nature et à sa gravité, et surtout au type de traitement qu'elle nécessite.
6. Newhouse, J.-P., « The Economics of Medical Care », Addison-Wesley, 1978.
7. Evans, R., « Supplier-Induced Demand : Some Empirical Evidence and Implications », p. 163-173, in Perlman, M., « The Economics of Health Care and Medical Care », New York, Wiley and Sons, 1974.
8. L'intérêt perdu : tout récemment encore, un article évoquait la demande induite pour les accouchements. Cf. Dranove, D., and Welmer, P., « Physician-Induced Demand for Childbirths », JHE, 1994, vol. 13, n° 1, p. 61-75.
9. Pour les systèmes à prix fixes, l'excédent devrait se traduire nécessairement par une réduction de l'activité par médecin.
10. Telle est la lacune principale d'une étude récente réalisée à partir de données françaises départementales : rien ne permet, en effet, de garantir que des transferts de patients ne s'effectuent pas d'un département à l'autre. Béjean, S., 1989, « L'induction de la demande par l'offre sur le marché des soins médicaux », mémoire de DEA, Dijon.
11. Cromwell, J., Mitchell, J., « Physician-Induced Demand for Surgery », « Journal of Health Economics », 5 (4), 1986, p. 293-313.
12. Rochaix, L., « Asymétries informationnelles et comportement médical », thèse de doctorat de l'université de Rennes I, mention sciences économiques, 17 décembre 1986.
13. Direction générale de la Santé, « Démographie médicale - Débouchés et Réorientations », ministère des Affaires sociales et de l'Intégration, juillet 1991.
14. Rice, T., « The Impact of Changing Medicare Reimbursement Rates on Physician-Induced Demand », « Medical Care Financing Review », 5, n° 4, Summer 1984, p. 33-42.
15. Rochaix, L., « Financial Incentives for Physicians : the Quebec Experience », « Journal of Health Economics », 1993, vol. 2, p. 163-176.
16. Rochaix, L., « Information Asymmetry and Search in the Market for Physician Services », « Journal of Health Economics », 1989, vol. 8, p. 53-84.
17. Pauly, M. V., « Doctors and their Workshops », NBER Chicago, 1980.
18. Cette approche a été adoptée simultanément par Wilensky, G. R., et Rossiter, L. F., « The Relative Importance of Physician Induced Demand for Medical Care », *Milbank Memorial Fund Quarterly / Health and Society*, 1983, vol. 61, n° 2, et par Stoddart, G. L., et Bayer, M. L., puis appliquée au contexte français par Darbon, S. (références par Tanti-Hardouin, N., *op.cit.*, p. 177.)
19. Wagstaff, A., « The Demand for Health », « Journal of Health Economics », 1993, vol. 2, n° 2, p. 189-198.
20. Jones, A., « Health, Addiction, Social Interaction and the Decision to Quit Smoking », JHE, vol. 13, n° 1, p. 93-111.

21. Le risque moral résulte de l'inobservabilité du comportement de certains acteurs. Cette asymétrie d'information conduit les acteurs à modifier leurs comportements de manière stratégique. La sélection adverse résulte quant à elle du fait que les offreurs et les demandeurs sur un marché ne disposent pas d'une information identique à ce qui concerne la qualité de biens et services sur un marché. Pour une présentation plus détaillée de ces concepts, cf. Kessler, D., « Petit dictionnaire de l'assurance », « Risques », n° 17.
22. Manning, W., Newhouse, J., Duan, N., Keeler, E. B., Leibowitz, A., Marquis, S., « Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment », AER, June 1987, vol. 77, n° 3, p. 251-277.
23. Cf. McGuire, A., Henderson, J., Mooney, G., (1988) « The Economics of Health Care », JLE, 1988, pour une revue exhaustive de ces études.
24. Laffont, J., « The Economics of Uncertainty and Information », Cambridge, MIT Press, 1989.
25. Caussat, L., « La consommation médicale des Français : une étude sur données individuelles », contribution au 8^e colloque du Sénat sur l'évolution à long terme des dépenses de santé, mai 1992.
26. Boisselot, P., et Remond, M. C., « Niveau de protection sociale et consommation de soins », « Solidarité Santé », n° 1, 1994, p. 143-151.
27. La capacité du modèle théorique de l'agence à refléter plus fidèlement la relation médecin-patient a été soulignée par Pauly dès 1980. Cf. Rochaix, L., 1986, *op.cit.*, pour une analyse de la complexité et de la spécificité de cette relation d'agence.
28. Fermon, B., « Application de la théorie de l'agence à l'analyse du mode de financement des systèmes de santé : le cas de la médecine ambulatoire française », 12^e journée des Économistes de la santé, Nantes, janvier 1992.
29. Fermon, « Application de la théorie de l'agence à l'analyse de la production de soins », 1991, thèse de doctorat, Paris IX, et Béjean, S., et Gadreau, M., « Asymétries d'information et régulation en médecine ambulatoire », « Revue d'économie politique », mars/avril 1992.
30. Rochaix, L., « De la difficulté d'un arbitrage entre intérêt collectif et intérêts individuels : un dilemme de plus pour le médecin », « Journal d'économie médicale », 1987, 5, n° 4, p. 223-247.
31. Depuis 1991, la mise en place de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, avec en particulier la définition de normes de pratique (références médicales opposables), pourrait modifier progressivement les relations entre l'assurance obligatoire et les offreurs.
32. CGP, « Santé 2010 : équité et efficacité du système de santé : les enjeux », Rapport de l'atelier technique n° 1 : « Perspectives financières du système de santé : les enjeux », Brocas, A. M., et Zaidman, C., p. 21-107 et 245-461, Documentation française, juin 1994
33. Cet agrégat, utilisé par l'OCDE pour les comparaisons internationales, est le plus large qui soit. On raisonnera plus volontiers en France sur l'agrégat CSBM (consommation de soins et de biens médicaux) des comptes de la santé. Celui-ci exclut notamment les services de médecine préventive et les dépenses de gestion, ainsi que les dépenses de recherche médicale et pharmaceutique. Selon les derniers comptes (31/5/94), la CSBM serait de 634 millions de francs (ce qui représente 8,9 % du PIB).
34. Cf. Deramon, J., et Nevallou, E., « 1970-1991, Vingt ans de consommation médicale dans les comptes de la santé : les éclairages des séries longues », Solidarité Santé, Études statistiques n° 4, octobre-décembre 1992. Selon les auteurs, l'évolution comparée entre pays européens des ratios dépense de santé/PIB (en point de %) permet de souligner la position atypique de la France. Pour la première période (1970-1980), les ratios sont respectivement de + 2,4 % pour l'Allemagne, + 2,1 % pour les Pays-Bas, + 1,3 % pour le Royaume-Uni et + 1,6 % pour la France. Dans la seconde période (1980-1990), ces valeurs sont respectivement de + 0,2 %, + 0,8 %, + 0,2 % pour les trois premiers pays, avec un niveau de + 1,4 % pour la France.
35. Le secteur 2 offre aux généralistes ou spécialistes qui le désirent la liberté de fixation des honoraires, en contrepartie de charges sociales moins avantageuses que pour les médecins qui demeurent en secteur 1. Les patients qui consultent en secteur 2 paient alors le tarif de responsabilité et un dépassement. Depuis 1990, l'entrée en secteur 2 est gelée et le secteur optionnel prévu par la dernière convention médicale devrait progressivement conduire à une fusion des secteurs 1 et 2.
36. A l'exception de certaines spécialités comme la gynécologie, la rhumatologie ou la pédiatrie, dont l'activité pourrait être concurrencée par celle des généralistes.
37. Berthod Wurmser, M. (éd.), « La Santé en Europe », La Documentation française, 1994.
38. Les taux de remboursement sont parfois beaucoup plus élevés dans le cas de polices d'assurance prenant en charge les dépassements.
39. Dans le rapport de l'atelier technique « Les inégalités sociales de santé », Rochefort, R., et Meyer, C., CGP, « Santé 2010 : équité et efficacité du système de santé : les enjeux », DF, documentent ces effets, notamment à partir des enquêtes d'opinion du Credoc.
40. Taboulet, F., et Memnerat, F., « Rationalité budgétaire versus rationalité médicale : l'exemple du plan Séguin », « Journal d'économie médicale », juin 1993.
41. Lévy, E., et Le Pen, Cl., « Responsabiliser... autrement : de la participation financière au financement des soins médicaux », Cahiers du Ceres, université de Paris-Dauphine, n° 9, 1993.
42. « Maîtrise médicalisée » s'oppose ici à « maîtrise comptable ». La négociation entre les pouvoirs publics et la profession médicale a progressivement conduit à renoncer à la mise en place d'enveloppes globales pour la médecine ambulatoire (perçues comme trop comptables par la profession), pour s'orienter vers la définition de taux indicatifs de croissance accompagnés de références médicales opposables ou normes de pratique.

43. *Le ticket modérateur d'ordre public avait été proposé en 1979. Les mutuelles et assurances privées se seraient alors vues obligées de maintenir non remboursable une certaine fraction du ticket modérateur (5 %). Les exonérations préexistantes auraient été maintenues.*
44. *CGP, « Santé 2010 : équité et efficacité du système de santé : les enjeux », Rapport de l'atelier technique n° 4 : « Rémunérations des producteurs et incitations financières des usagers », Rochaix, L., et Khelifa, A., p. 245-461, DF, juin 1993.*
45. *Par filière, on entend toute disposition visant à organiser la trajectoire du patient dans le système de soins. Ainsi en est-il, notamment, de l'incitation au passage préalable par le généraliste par non-remboursement des consultations directes de spécialistes.*
46. *Pour une présentation plus détaillée, cf. Rochaix, L., « Le financement par les particuliers », « Revue d'économie financière », numéro spécial santé, à paraître.*
47. *Ce système aurait pour effet d'établir un lien entre les montants payés au titre du ticket modérateur par un assuré et son niveau de revenu. Il permet de se rapprocher du principe de proportionnalité au revenu tout en conservant le lien avec le niveau de consommation. Il revient à donner à l'assuré la garantie que ses dépenses n'excéderont pas un pourcentage donné de son revenu. En deçà du pourcentage, l'assuré acquitterait l'intégralité du ticket modérateur ; au-delà, il bénéficierait de la gratuité des soins. L'impact économique de la mise en place d'un tel système fait actuellement l'objet de simulations.*
48. *Du fait de la liberté d'assurer et de s'assurer, la mise en place d'une telle franchise nécessiterait un décret d'application des ordonnances de 1967.*

L'ASSURANCE PRIVEE

dans la couverture du risque maladie

MOTS CLEFS : assurance privée • assurance sociale • complémentarité • régulation • sélection • taux de remboursement •

L'assurance maladie privée, tous organismes confondus (sociétés d'assurances, mutuelles, institutions de prévoyance), finance en France un peu plus de 10 % des frais de soins. Elle joue un rôle de couverture complémentaire par rapport à l'assurance sociale. Les sociétés d'assurances financent, pour leur part, un tiers des remboursements complémentaires de frais de soins. Le rôle de l'assurance maladie privée se développe au fur et à mesure que s'accroît le besoin de couverture complémentaire. Dans l'avenir, il est probable qu'elle aura une contribution plus active au fonctionnement de la protection sociale contre la maladie et du système de santé en général. L'existence en France d'organismes de couverture complémentaire nombreux et bien organisés permet de mettre en réflexion et en débat des scénarios redéfinissant le rôle de l'assurance sociale et de l'assurance privée dans le financement des dépenses de santé.

Partout les systèmes de couverture du risque maladie sont mixtes, en ce sens qu'ils combinent couverture privée et couverture publique¹. Sauf exception, comme aux États-Unis, la couverture privée intervient généralement dans les zones de risques que la couverture publique laisse inoccupées. Les systèmes de couverture, qu'ils soient financés par les contribuables, les entreprises ou les particuliers, mettent en œuvre une solidarité publique ou privée, obligatoire ou volontaire, face à la maladie. Ils reposent le plus souvent sur des mécanismes d'assurance sociale (cotisations ou financements dépendant d'autres critères que le risque) ou d'assurance privée (cotisations liées au risque) qui réalisent une compensation ou une mutualisation du risque entre malades et bien-portants. Avant d'examiner le rôle présent et à venir de l'assurance privée dans notre système de santé, nous décrivons la place qu'elle occupe

* Délégué général du Groupement des assurances de personnes de la Fédération française des sociétés d'assurances. Cet article a été préparé pour le numéro 34 de la « Revue d'économie financière », numéro spécialement consacré au financement de la santé qui paraîtra à l'automne 1995. Nous remercions la « Revue d'économie financière » pour son aimable autorisation à publier cet article.

1. Voir Jacobzone, « Systèmes mixtes d'assurance maladie. Équité et gestion du risque », XLIII^e Congrès de l'Association française des sciences économiques, Paris, 29/30 septembre 1994.

actuellement dans la couverture du risque maladie, au sens d'atteinte à la santé, quelle qu'en soit l'origine, accidentelle ou non.

I. PLACE DE L'ASSURANCE PRIVÉE DANS LA COUVERTURE DU RISQUE MALADIE

L'assurance maladie privée est une activité concurrentielle de marché. Trois grandes catégories d'organismes assureurs sont habilitées par la loi² à pratiquer cette activité : les sociétés d'assurances, les mutuelles du Code de la mutualité et les institutions de prévoyance du Code de la Sécurité sociale et du Code rural.

Le secteur des sociétés d'assurances est composé de sociétés anonymes privées et nationalisées, et de sociétés mutuelles auxquelles est réservée l'appellation de « sociétés mutuelles d'assurances » pour les différencier des mutuelles du Code de la mutualité.

L'assurance maladie privée finance un peu plus de 10 % des 632,5 milliards de francs de frais de soins dépensés en 1993, c'est-à-dire environ 65 milliards, dont près de 4 % pour les sociétés d'assurances. Il s'agit d'une moyenne. Leur part est moindre pour l'hospitalisation. Elle est plus élevée pour d'autres catégories de dépenses. Elle est de 5,3 % pour les médecins, 5,8 % pour la pharmacie, 10,4 % pour les dentistes.

Par rapport au marché de la couverture complémentaire santé, la part des quelque 130 sociétés d'assurances opérant sur ce marché est de 33 % si l'on retient les seules « prestations en nature », c'est-à-dire les remboursements de dépenses de santé, au sens de dépenses de soins et de biens médicaux, non prises en charge par l'assurance sociale (ticket modérateur, dépassements d'honoraires...). Elle est de 61 % si on y ajoute les « prestations en espèces », c'est-à-dire les revenus de remplacement versés en cas d'invalidité ou d'incapacité de travail.

En 1994, les cotisations perçues par les sociétés d'assurances se sont élevées à 49 milliards de francs, dont 27 milliards correspondant à des prestations en nature et 22 milliards à des prestations en espèces. Plus des deux tiers de ces cotisations sont afférents à des contrats collectifs souscrits par les entreprises au bénéfice de leurs salariés, le plus souvent avec partage de la charge des cotisations, ou par des associations.

Par ailleurs, les sociétés d'assurances, à la différence des autres organismes d'assurance maladie complémentaire, interviennent aussi comme assureurs de responsabilité. Leurs prestations sont alors versées aux victimes d'accidents corporels. Dans ce cas, l'assurance sociale peut se retourner contre le responsable et son assureur pour récupérer les sommes qu'elle a elle-même versées à ces victimes. Les sociétés d'assurances et leurs assurés contribuent, par le biais de ces recours, au financement de l'assurance sociale. Ce financement est même plus large pour les accidents de la circulation, car la Sécurité sociale prélève, sur les

2. Article 1^{er} de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989. Articles L.912-1 et L.912-2 du Code de la Sécurité sociale pour les couvertures collectives des salariés. Article 41 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 pour les non-salariés.

primes d'assurance automobile obligatoire, une cotisation de 15 % (de l'ordre de 4 milliards de francs en 1994) censée correspondre aux dépenses pour lesquelles il n'y a pas de recours.

Enfin, l'assurance privée est présente dans la gestion de l'assurance sociale :

– les organismes d'assurance complémentaire sont habilités à gérer au sens administratif (encaissement des cotisations, paiement de prestations), pour le compte des régimes obligatoires, le risque de base des travailleurs indépendants. Ces professionnels peuvent librement choisir leur organisme gestionnaire. Plus de 45 % des travailleurs non salariés non agricoles et près de 10 % des exploitants agricoles ont fait choix d'une société d'assurances ;

– les sociétés d'assurances développent, en liaison avec les autres organismes de couverture complémentaire, des partenariats de gestion avec les caisses d'assurance maladie, pour accélérer les remboursements tout en abaissant les coûts de gestion. Elles participent avec les Caisses nationales d'assurance maladie à la mise au point du futur réseau informatique de transmission des données entre les professions de santé et les organismes payeurs.

On constate donc que, si la place de l'assurance maladie privée est très minoritaire dans la protection sociale, elle n'en est pas moins significative, et que les sociétés d'assurances ont un poids relativement important dans la couverture complémentaire santé.

Les conditions d'intervention des divers opérateurs sur le marché tendent à se rapprocher, notamment depuis la loi Évin du 31 décembre 1989 sur les opérations de prévoyance. L'Europe va accentuer cette tendance dès lors que les mutuelles du Code de la mutualité et les institutions de prévoyance relèvent désormais, comme les sociétés d'assurances, du cadre prudentiel fixé par les directives communautaires d'assurance.

Il n'en subsiste pas moins des distorsions de concurrence, au détriment des sociétés d'assurances et de leurs assurés. Ces distorsions, notamment fiscales, sont source de dysfonctionnement du marché de l'assurance complémentaire santé. Elles ne sont compatibles ni avec la transparence du marché ni avec le libre choix des assurés. Il importe bien sûr de respecter l'identité de chacun, mais les particularismes légitimes ne peuvent justifier des traitements discriminatoires d'ailleurs contraires au traité de Rome.

II. RÔLE DE L'ASSURANCE PRIVÉE DANS LA COUVERTURE MALADIE

1. Rôle actuel

En France, le périmètre de l'assurance sociale est très large : quant à la nature des risques (le petit risque, le gros risque ; la maladie et les accidents), quant aux dépenses prises en charge (médicaments, consultations, analyses...), quant aux bénéficiaires (plus de 99 % de la population). Par contre, en montant, elle laisse à

la charge des assurés sociaux une part des dépenses de santé qui, au total et en moyenne, est actuellement de 27 % des dépenses de santé.

Par voie de conséquence, le rôle de l'assurance privée est de pure complémentarité, c'est-à-dire que les organismes d'assurance privée n'interviennent jamais au premier franc³, à la différence d'autres pays (Allemagne, Pays-Bas). Leur remboursement vient seulement compléter celui de l'assurance sociale, à un niveau qui est d'ailleurs loin de couvrir 100 % des frais réels, puisque 17 % des dépenses de soins médicaux sont supportés directement par les ménages en dehors de toute assurance, publique ou privée.

Au fil des plans successifs de rééquilibrage de la branche maladie de la Sécurité sociale, le taux de remboursement des dépenses de santé par l'assurance publique a eu tendance à se réduire. Il est aujourd'hui de 73 %. Il était en 1980 de 76,5 %. L'assurance maladie privée a vu ainsi s'étendre la zone de complémentarité dans laquelle il lui est permis d'intervenir. Cette extension ne s'est pas faite par une pression de l'offre d'assurance, mais très clairement, de la demande. Qu'il s'agisse des particuliers ou des salariés au travers des entreprises, il y a eu, lors de chaque baisse des remboursements par l'assurance sociale, une demande forte de « couverture de substitution » par l'assurance privée. Cette demande n'a donné des signes de fléchissement qu'à l'occasion des dernières mesures prises en 1993 (plan Veil) de la part des entreprises, de plus en plus attentives en période de difficultés économiques au niveau de leurs charges.

Mais cela n'a pas modifié véritablement la tendance qui est celle d'une diffusion de plus en plus large de la couverture complémentaire privée. Plus de 8 Français sur 10 ont aujourd'hui une « complémentaire santé » (ils n'étaient que 3 en 1960, 7 en 1980).

L'assurance maladie privée joue ainsi un rôle plus que proportionnel à la place qu'elle occupe dans le système de santé. Elle constitue en quelque sorte une « soupape » permettant des ajustements de la couverture publique sans réduction intolérable de l'accès aux soins. Grâce à l'assurance privée, le taux global de remboursement des dépenses de santé a pu être maintenu à un niveau très élevé (83 %, dont 73 % pour l'assurance sociale et 10 % pour l'assurance privée), la part d'autoprotection par les ménages diminuant plutôt au cours des dernières années.

Il est quelque peu paradoxal, et assez vain, dans ces conditions, de reprocher à l'assurance privée d'être un facteur de consommation médicale excessive. Tout d'abord, s'il y a excès de dépenses (mais existe-t-il, hormis les gaspillages, un « juste niveau » des dépenses de santé ?), on ne peut parler d'excès de couverture alors qu'environ 100 milliards de francs des dépenses demeurent à la charge directe des ménages. En second lieu, s'il est vrai que l'assurance joue un rôle de solvabilisation de la demande de soins, c'est le fait beaucoup plus de l'assurance sociale que de l'assurance privée, compte tenu de leurs importances respectives.

3. Sauf exceptions, comme pour les travailleurs frontaliers ou expatriés.

Mais, surtout, l'assurance maladie, qu'elle soit publique ou privée, est ressentie comme une nécessité, car elle est une condition de l'accès aux soins. Le problème est dès lors non pas de limiter ou d'interdire le recours à l'assurance en vue d'une hypothétique limitation de la demande de soins, mais de faire contribuer le mieux possible le système d'assurance santé dans son ensemble à l'effort commun pour soigner mieux en dépensant moins.

2. Et l'avenir ?

L'assurance maladie privée pourrait-elle jouer un rôle plus important dans la couverture du risque maladie et dans le système de santé ?

Le problème ne se pose pas en termes de combat de frontière de la part des organismes d'assurances privées désireux d'élargir leur territoire d'activité par rapport à l'assurance sociale. Une telle approche obscurcit un débat beaucoup plus fondamental qui est, dans toutes les sociétés modernes, de savoir ce qui, en fonction des évolutions sociales et économiques, doit relever de la prévoyance sociale obligatoire, de la prévoyance privée et de l'autoprotection des ménages dans la prise en charge des dépenses de santé.

Cette question a été posée à diverses reprises par différents rapports consacrés à la réforme du système de santé, et en dernier lieu par le Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie⁴. Pourtant, le débat n'a pas encore été véritablement ouvert. Mais alors qu'en France les prélèvements sociaux représentent près de 50 % des prélèvements obligatoires, dont environ 10 points par la maladie, peut-on envisager d'augmenter encore ce niveau déjà très élevé par rapport aux autres pays, sans s'interroger, cinquante ans après la création de la Sécurité sociale, sur les rôles respectifs de la solidarité publique et des solidarités privées dans la protection sociale maladie ?

Généralement, lorsque le rôle de l'assurance privée dans la couverture maladie est évoqué, une objection est aussitôt faite qui évacue le débat avant même qu'il ait eu lieu : la sélection des risques. L'assurance privée ne couvrirait que les « bons risques » et pénaliserait par les tarifs les personnes les plus exposées à la maladie.

En réalité, ce reproche est surtout le fait d'organismes de couverture qui, se plaignant de la concurrence, évoquent des pratiques supposées d'« écrémage des risques » ou de dumping. L'objection est donc beaucoup plus de nature concurrentielle que structurelle. Il n'y a aucune impossibilité par nature à généraliser la couverture d'un risque par l'assurance privée. Il existe en effet de nombreuses assurances obligatoires. Quant à la tarification, il est vrai que, dans l'assurance privée, elle est fonction du coût du risque. Mais cela n'implique en rien un quelconque bonus-malus, c'est-à-dire une personnalisation de la prime selon l'état de santé. Une telle pratique serait en effet contraire à la loi (article L. 113.4 du Code

4. Rapport de R. Soubie, J.-L. Portos, C. Prieur. Commissariat général au Plan, décembre 1994.

des assurances). Le problème de la sélection des risques ne peut donc servir à éluder le débat de fond.

Comment se pose la question ? Il ne s'agit évidemment pas de substituer l'assurance privée à l'assurance sociale, ni réciproquement, mais de s'interroger sur les modalités de leur coexistence dans un souci de productivité accrue du système de santé. Le problème comporte de multiples aspects, qui méritent expertise et discussion. Limitons-nous ici à distinguer deux domaines de réflexion.

Le premier concerne les champs d'intervention respectifs de l'assurance sociale et de l'assurance privée. Y a-t-il des risques qui relèveraient en quelque sorte par nature de la solidarité publique et selon quels critères ? En dehors de l'assurance maladie *stricto sensu*, mais dans des domaines voisins, le problème est posé pour des risques comme la dépendance ou l'aléa thérapeutique. Il existe pour ces risques des solutions par l'assurance privée. S'agissant de la maladie, l'intervention de l'assurance sociale est-elle justifiée pour toutes les dépenses de santé actuellement prises en charge par la collectivité ? Pour pouvoir recentrer, à ressources égales, l'effort social de la nation sur des cibles vraiment sociales (telles que l'exclusion), ne conviendrait-il pas de définir de manière plus sélective le périmètre d'intervention de l'assurance publique ? La question se pose, même s'il est incontestablement difficile de tracer des limites.

L'autre voie de réflexion se situe sur un plan différent. Dans le périmètre de l'assurance sociale, quelle qu'en soit la délimitation, la couverture du risque doit-elle être le fait d'un monopole ou faire l'objet d'une concurrence entre organismes gestionnaires publics et privés ?

La concurrence, mécanisme de régulation qui a fait ses preuves, est absente de notre système de couverture publique du risque maladie. Or s'il est vrai que la santé n'est pas un marché, cela est moins évident pour l'assurance santé. Y a-t-il une fatalité du monopole pour l'assurance santé en tant que service ? L'expérience d'autres pays tend à montrer que non. Ne pourrait-on trouver, dans une concurrence entre les organismes, publics et privés, de couverture, une source d'amélioration de la qualité du service d'assurance maladie et, plus généralement, de la productivité du système de santé ? Cette concurrence serait bien sûr tempérée par des règles d'ordre public ayant pour finalité l'accès de tous à des soins de qualité. Les rapports entre financeurs et producteurs de soins, actuellement régis par des conventions nationales, pourraient alors être organisés sur des bases plus souples et diversifiées. Des partenariats avec les professions de santé pourraient être recherchés par des accords de réseau, ou dans des ensembles concurrents réunissant les producteurs et les payeurs de soins.

L'existence en France d'organismes de couverture nombreux et bien organisés permet de poser autrement que sur un plan purement théorique ce type de questions essentielles dans la perspective d'une réorganisation de la protection sociale maladie.

*
* *

« Il est dans la nature des dépenses de santé d'être couvertes par une assurance, publique ou privée (qui oserait courir le risque de mourir d'une appendicite, faute de disponibilités monétaires suffisantes ?)⁵ ».

Ce constat de bon sens relativise beaucoup les oppositions de principe qui peuvent être faites entre telle ou telle forme de solidarité entre malades et bien-portants.

A la place qui est la sienne, l'assurance maladie privée contribue à répondre au besoin de sécurité financière face à la maladie. En limitant les coûts collectifs de l'imprévoyance dans ce domaine, elle joue déjà, en complément de l'assurance publique, un rôle social évident. Quel que soit son rôle à venir, elle mérite à ce titre d'être non pas pénalisée, mais au contraire valorisée, encouragée et considérée sans exclusive comme un partenaire à part entière de notre système de santé ■

5. Daniel Cohen, « Les Infortunes de la prospérité », Julliard, p. 29.

INNOVATION ET ASSURANCE SANTE

Le rôle de l'assurance privée

MOTS CLEFS : *assurances privées ■ assurances sociales ■ besoin de santé ■ dépendance ■ maladies redoutées ■*

L'industrie de l'assurance s'est lancée, d'abord aux États-Unis, puis en Europe, dans la commercialisation de produits innovants répondant à des besoins non pris en charge par les assurances sociales, notamment lorsque la dépendance liée soit à la vieillesse, soit à une maladie invalidante est définitive. Cependant, ces produits, telles l'assurance dépendance et la garantie des maladies redoutées, se vendent encore difficilement, notamment en France. L'interrogation qui est posée est alors celle de la recherche d'une meilleure adéquation entre une offre d'assurance privée qui s'inscrit dans le cadre de la protection sociale et une demande dont la cible n'est pas toujours bien définie et fortement évolutive.

Les assurances sociales, par une couverture de plus en plus étendue, ont permis de réelles améliorations de l'état de santé de la population. Certains groupes restent cependant mal couverts lorsque la dépendance liée soit à la vieillesse, soit à une maladie invalidante est définitive. Face à l'ampleur du vieillissement de la population et à l'insuffisance des solutions existantes en matière de prise en charge de la perte d'autonomie, les organismes assureurs ont mis en place des garanties. L'exemple des contrats d'assurance dépendance et celui de la couverture des maladies redoutées, tels les cancers les plus graves, l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral ou les greffes d'organe, sont à ce titre illustratifs. Après avoir décrit les principales caractéristiques de ces nouveaux produits, nous en cernerons les perspectives d'évolution dans le contexte de la protection sociale du risque maladie dans lequel ils s'inscrivent.

* Responsable des études économiques, Scor.

I. CARACTÉRISTIQUES DE L'ASSURANCE DÉPENDANCE ET DE LA GARANTIE DES AFFECTIONS REDOUTÉES

1. L'assurance des personnes âgées dépendantes

Ce sont sans aucun doute les assureurs américains qui ont été les premiers à lancer des produits d'assurance dépendance. Après plusieurs années de croissance relativement lente, on observe depuis 1988 aux États-Unis une augmentation du nombre d'organismes d'assurance parties prenantes (18 compagnies en 1986, 105 en 1988, 140 assureurs en 1992) et un élargissement de la panoplie des polices proposées (plus de 2 millions de contrats en cours). Le manque de transparence des produits que traduit la disparité des conditions d'admission (délais de carence de 20 à 100 jours, durée de la prestation de 1 à 5 ans, nature de la couverture) et de distribution rend difficile toute évaluation quantitative. En effet, le montant de la prime annuelle concernant une même tranche d'âge (celle des 50-69 ans), garantissant une indemnité journalière de 50 dollars, oscille entre 350 et 1 250 dollars.

Cependant, on peut noter que la dépendance est mesurée par une grille d'appréciation à partir des principaux actes ordinaires de la vie. La franchise oscille entre 30 et 120 jours, la durée moyenne de couverture est de quatre ans, les prestations moyennes sont de 40 dollars par jour pour les soins à domicile et de 40 à 130 dollars par jour en institution, les coûts de distribution sont élevés et atteignent environ 35 %.

Les produits d'assurance dépendance garantissent le remboursement d'une prestation de soins dans un établissement spécialisé. Trois catégories d'établissements ont été retenues : les Skilled Nursing Care (reconnus par l'État, sous surveillance médicale, assistance paramédicale permanente et rapport médical régulier), les Intermediate Nursing Care, plus souples quant à l'assistance paramédicale, les Custodial Nursing Care, qui correspondent à une assistance non médicale du malade dépendant. L'assureur verse en cas de déclaration de sinistre une prestation sous forme d'indemnité journalière. Le montant de cette indemnité dépend de la catégorie de l'établissement de soins.

Les quatre principales formes de polices sont :

- les polices d'assurance souscrites individuellement, qui représentent plus de 80 % du marché ;
- les polices d'assurance vie auxquelles est ajoutée une garantie dépendance, soit 8 % ;
- les polices d'assurance de groupe (6 %) ;
- le montage financier assurances-réseaux de soins coordonnés pour personnes âgées (Health Maintenance Organizations, Continuing Care Retirement Communities).

A la première génération de produits ne couvrant généralement que les soins fortement médicalisés et très restrictifs que sont les Skilled Nursing Care (clause

de pré-hospitalisation selon laquelle l'admission dans un établissement spécialisé doit être précédée d'un séjour d'au moins trois jours dans un hôpital) se substitue une deuxième génération de produits qui associent davantage aux prestations financières des prestations de services (Care Management Services).

Il s'agit de services de soins rendus aux assurés, à domicile, par des travailleurs sociaux indépendants ou salariés de l'assureur. Ces services ont pour objectif à la fois une meilleure gestion des sinistres et une meilleure allocation des prestations par la recherche de soins appropriés.

Cette deuxième génération de produits comporte par ailleurs davantage de polices d'assurance vie (Universal Life) avec garantie supplémentaire dépendance. Ce sont encore les contrats de prévoyance entreprise qui se développent avec les contrats d'assurance de groupe dit « à la carte » (Cafeteria Plan) qui incluent une garantie dépendance. Ainsi, ces produits, par leur caractère « social », font l'objet d'un nouvel effort de partenariat avec les organismes d'intérêt public, contribuant à leur développement et à une meilleure information des consommateurs.

En France, dès 1985, l'AGRR (Association générale de retraite par répartition) lance le premier contrat d'assurance dépendance Safir qui offre le versement d'une indemnité trimestrielle à vie et une garantie assistance. Les caractéristiques principales de la souscription sont les suivantes : être âgé de 50 à 70 ans, être en bonne santé selon des critères objectifs, ne pas être exonéré du ticket modérateur, ne pas être invalide, ne pas percevoir une rente d'invalidité, ne pas être retraité pour inaptitude. Les cotisations oscillent selon l'âge à la souscription et le montant de la rente choisie. Il y a exonération des primes en cas de dépendance et indexation. La prestation est donc trimestrielle, viagère, sans franchise, non imposable, indexée et sans justification d'utilisation.

34 000 contrats sont en cours, avec une rente moyenne trimestrielle de 9 600 francs et 1 homme pour 2 femmes. 127 rentes ont été à ce jour versées, dont 68 en cours, 2 femmes pour 1 homme, un âge moyen de 69 ans et 21 % de décès la première année.

Les démences séniles et maladies d'Alzheimer représentent 33 % des causes de sinistres, les tumeurs, 30 %, et les maladies cardio-vasculaires, 19 %. Il nous est très difficile d'avoir un niveau plus fin pour les causes de sinistres et les statistiques par tête, au vu du très faible pourcentage de sinistres enregistrés, qui demeure peu significatif.

A côté de ce contrat, les caisses de retraite des cadres (Agirc) proposent depuis mai 1990 à leurs cadres âgés de 50 à 70 ans un contrat d'assurance dépendance. Chaque institution de retraite ou de prévoyance intéressée souscrit les contrats d'assurance dépendance auprès de l'assureur de son choix, membre du groupement de réassurance mutuelle. Le contrat doit être conforme au contrat type conclu entre l'association qui les représente (GEAD) et le représentant des organismes assureurs (BCAC). Le groupement de réassurance mutuelle qu'ils ont créé est un pool de coréassurance géré par le BCAC.

L'assurance dépendance garantit ainsi le service d'une rente mensuelle, viagère, aux assurés, lorsque ceux-ci se trouvent, de façon définitive, dans un état d'invalidité entraînant la perte d'autonomie et l'assistance d'une tierce personne. Pour caractériser l'état d'invalidité ou de dépendance, une grille d'appréciation à partir de quatre actes ordinaires de la vie (manger, s'habiller, faire sa toilette et ses transferts) a été retenue.

Les cotisations comme les garanties sont indexées. Les résultats après incorporation des produits financiers de la gestion des réserves sont mis en commun dans le pool. S'ils sont excédentaires, 95 % des bénéfices reviennent aux assurés et 5 % aux organismes assureurs. Cette participation aux bénéfices alimente un fonds de stabilité destiné à financer la revalorisation des rentes et à pallier les écarts de sinistralité pour stabiliser les cotisations.

A côté de la gestion collective qui caractérise le contrat BCAC, d'autres assureurs lancent, à l'instar de l'AGRR, des produits très voisins. A titre illustratif, le plan indépendance Mutex lancé en 1990 enregistrerait, en décembre 1992, 6 350 contrats souscrits, avec 70 % de femmes pour 30 % d'hommes, un âge moyen à l'adhésion de 66 ans, 4 sinistres, 26 % de refus.

Parallèlement à ces solutions de prévoyance pure, la Caisse nationale de prévoyance a lancé, voilà plus de quatre ans, un contrat d'épargne « âge bleu » qui permet la constitution d'une épargne par capitalisation individuelle en vue de disposer, lors de la retraite, d'un capital ou d'une rente. Le contrat prévoit en option une rente invalidité en cas de dépendance. C'est encore la CNP qui prévoit un contrat groupe hospitalisation avec dépendance.

Au Japon, les assureurs proposent depuis 1989 des produits d'assurance des frais de soins liés à la dépendance. Les contrats proposés se rapprochent des produits américains. En novembre 1991, le volume de primes souscrites pour ce type de contrats s'élevait pour l'ensemble des compagnies non-vie à 70 milliards de yen (1 yen = 4,12 francs).

Dans quatre pays (Allemagne, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suisse), les assureurs privés vie et maladie proposent depuis peu des contrats prévoyant le service d'une rente en cas de dépendance. Le principe de cette assurance est très voisin de celui des nouvelles couvertures d'assurance dépendance françaises : l'assuré paie une prime tant qu'il est autonome ; en cas de dépendance médicalement reconnue, l'assureur verse une rente mensuelle d'un montant déterminé lors de la souscription ou de l'adhésion au contrat collectif. Selon les contrats, ces rentes peuvent être modulées ou non en fonction de la sévérité de la perte d'autonomie.

De manière générale, ces contrats d'assurance dépendance s'adressent évidemment en priorité, surtout lorsqu'ils sont souscrits à titre individuel, à une population de « jeunes-vieux » (moins de 65 ans), « riches » et en bonne santé, permettant la constitution d'une réserve importante, puisque l'on sait que l'âge moyen d'entrée en dépendance se situe autour de 80 ans.

2. La garantie des affections redoutées

La couverture des affections redoutées, ou Dread Disease, consiste à garantir le versement d'un capital à un assuré lors du diagnostic d'une affection grave prévue à un contrat d'assurance privée. Cette couverture, généralement associée à un contrat « vie », est alors exprimée en pourcentage du capital assuré en cas de décès. Apparue sous sa forme actuelle en Afrique du Sud en 1983, elle est maintenant commercialisée dans différents pays, parmi lesquels les États-Unis, le Canada, la Grande-Bretagne, la France, depuis 1989, et l'Allemagne, depuis 1991.

En Grande-Bretagne, près de 50 % des affaires nouvelles en assurance vie incluent l'option maladies redoutées. Le lancement en Allemagne est aussi prometteur, puisque ces contrats représenteraient un quart des affaires nouvelles. En France, la garantie des maladies redoutées se vend encore assez mal. Moins de dix compagnies commercialisent ce nouveau produit. Il s'agit, dans la majorité des cas, d'une garantie d'assurance collective à adhésion facultative, souscrite par le biais d'une association, conjointement à un contrat décès. Le montant de la garantie ne dépasse pas 50 % du capital décès assuré. La limite de souscription se situe au-dessous de 70 ans. Des délais d'attente de un à trois mois ont été prévus. Par ailleurs, chacune des couvertures associée à la prestation financière une prestation en nature par l'assistance au malade moyennant une surprime.

Les affections redoutées les plus souvent garanties sont les cancers les plus graves, l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral, la cardiopathie ischémique traitée chirurgicalement, l'insuffisance rénale terminale, l'affection neurologique chronique invalidante et la greffe d'organe principal. L'assureur choisit les maladies assurées sur la base d'études statistiques permettant leur tarification ; seule une maladie statistiquement maîtrisée peut être tarifée convenablement.

Il reste cependant de nombreuses incertitudes, et cela est vrai aussi pour l'assurance dépendance, tant sur les indicateurs de prévalence par pathologie (durée moyenne de vie des individus touchés), encore mal connus, qu'au niveau des statistiques individuelles des assurés qui peuvent comporter des biais importants d'antisélection. Ainsi donc, de nombreuses précautions ont été prises concernant la sélection médicale lors de la rédaction du contrat (définition des maladies), de la souscription des contrats (questionnaires médicaux portant sur les modes de vie et les antécédents familiaux) et lors de la survenance d'un sinistre (contrôles médicaux).

II. UNE RÉPONSE À UN BESOIN DE SANTÉ

Nous sommes face, dans ces deux cas précis, à une décision d'assurance privée individuelle ou collective visant à fournir une prestation financière et en nature, à savoir un capital et une assistance au moment où une vie est en danger, alors même que l'assurance sociale couvre *a priori* le coût des soins de ces risques lourds lorsqu'ils surviennent.

Deux agents économiques sont en présence : l'assureur, d'une part, l'assuré, de l'autre. Les mobiles du choix de l'assuré sont justifiés par le désir de couvrir, si la perte d'autonomie surgissait :

- les dépenses qui ne sont pas prises en charge par les régimes d'assurance maladie (transports, hébergement, aménagement de l'habitat, soins de nursing à domicile...);
- les dépenses liées à une rupture d'activité ;
- les dépenses liées à une réinsertion professionnelle ;
- le remboursement de prêts en cours ;
- la réalisation de projets personnels.

Les mobiles du choix de l'assureur se ramènent à la recherche du profit. Chacun de ces mobiles peut être défini par le jeu d'un ensemble de variables déterminantes. Concernant l'assuré, nous pouvons retenir la plus ou moins grande aversion pour le risque, la situation économique (activité salariée/libérale) et la situation familiale. S'agissant de l'assureur, il visera tout autant à affirmer sa notoriété en complétant la gamme de ses produits qu'à augmenter son volume de primes et à améliorer son résultat.

La délimitation des domaines d'action de l'assurance face aux besoins de protection de l'assuré peut être représentée schématiquement par le processus de décision suivant :

■ *Alternatives de l'assuré*

- a1 : être malade et ne pas vouloir prendre une garantie individuelle ;
- a2 : être malade et vouloir une garantie ;
- a3 : ne pas être malade et vouloir une garantie ;
- a4 : ne pas être malade et ne pas vouloir une garantie.

Les alternatives a1 et a2 concernent les individus déjà exposés à la maladie au moment de la souscription. Elles ne relèvent donc pas par nature de cette catégorie d'assurance. Les deux populations cibles pour l'assureur à la souscription des contrats sont les alternatives a3 et a4. a3 est composée de la frange de population bien informée, réceptive aux nouveaux produits d'assurance santé et ayant une forte aversion pour le risque maladie.

Le talent de l'assureur sera alors de concentrer ses efforts sur les sous-populations cibles en optimisant a3 (ne pas être malade et vouloir une garantie) et en minimisant a4 (ne pas être malade et ne pas vouloir une garantie).

Ainsi donc, trois facteurs essentiels semblent être réunis pour donner à ces produits une forte chance de réussite : un environnement culturel favorable, une demande solvable et une marge de manœuvre importante laissée par les pouvoirs publics au financement privé de ce type de risques. C'est bien aujourd'hui à cette demande solvable, jeunes-vieux et en bonne santé, que s'adresse en priorité l'assurance dépendance. L'assurance dépendance s'inscrit dans un environnement favorable au maintien des personnes âgées à domicile. En effet, toutes

les enquêtes sont unanimes. A choisir, les personnes âgées préfèrent leur logement à tout autre cadre. Et les sondages mettent au jour que plus de la moitié des personnes sont prêtes à faire des dépenses pour se prémunir contre les conséquences d'une perte d'autonomie dont elles pourraient être victimes.

Quant à la garantie des affections redoutées, elle répond essentiellement à un besoin de confort. Ce besoin de confort peut être exprimé par la « désutilité » qu'entraîne la maladie, et donc les coûts directs et indirects résultant d'une réaction en chaîne travail-santé-loisir qui se trouve perturbée par la maladie. Ces coûts indirects (pertes de revenu, par exemple) ne relèvent pas de l'assurance sociale, qui se limite au remboursement des coûts directs ou dépenses liés aux soins médicaux qu'entraîne l'affection redoutée.

Pendant, malgré tous les efforts déployés par les assureurs, les produits d'assurance dépendance et les garanties des maladies redoutées vendus dans les pays d'Europe (à l'exception, peut-être, de la Grande-Bretagne) n'ont pas encore enregistré de forte croissance. En effet, le réflexe d'assurance volontaire est encore peu développé en matière de santé. S'il est important pour la couverture complémentaire des soins de santé et donc des petits risques, il l'est bien moins lorsqu'il s'agit de la couverture de gros risques largement remplie par l'assurance sociale.

Par ailleurs, les organismes assureurs ne se laisseront pas porter par un optimisme sans frein tant que l'expérience n'aura pas donné les statistiques nécessaires à la mesure du risque. En effet, d'une manière générale, les statisticiens ne se sont, jusqu'à une période récente, que peu intéressés à la population des personnes âgées. L'expérience américaine montre que la pénurie des statistiques sur le risque de dépendance est un obstacle important à l'expansion d'un tel marché. Cette expérience montre aussi que les assureurs ont su adapter les produits aux besoins par un élargissement des couvertures à la prestation de services et parviennent à sensibiliser une population plus jeune, en faisant jouer la solidarité familiale et en entreprise.

Ce sont aux spécificités individuelles des assurés pris dans leur environnement de travail, familial, sanitaire et social qu'il faut répondre, et peut-être que les stratégies de vente des assureurs européens ne sont pas encore suffisamment tournées vers ce consommateur cible. En effet, selon qu'un individu possède ou non un capital au départ, qu'il désire rester à son domicile ou être pris en charge par une institution, qu'il privilégie l'épargne longue ou un comportement économique myope, différentes réponses s'imposent.

CONCLUSION

Même si l'accroissement de la prise en charge collective des dépenses médicales s'est accompagné d'un accès plus égal aux soins et d'une amélioration de l'état de santé de la population, certains groupes, lorsqu'ils se retrouvent dans une situation de dépendance, semblent mal couverts, et seuls les coûts directs liés à la maladie seront pris en charge par les assurances sociales.

En répondant au besoin de protection financière associé à des prestations en nature qu'engendrent les maladies invalidantes, l'assurance privée remplit bien ses fonctions économiques – drainer l'épargne longue des ménages – et sociales – meilleure prévention, meilleure qualité de la vie. Ainsi, donc, une complémentarité assurance sociale-assurance privée se dessine. En supposant que le réflexe assuranciel individuel se développe dans une population de mieux en mieux informée sur la santé et les actions de santé, l'assurance privée peut alors répondre à certaines lacunes de la protection sociale.

Cependant, l'assurance est un service et ce qui est assurable a un prix. Elle laisse donc de côté une frange de la population, mal informée, insolvable et exposée trop fortement aux risques à couvrir ■

L'ASSURANCE SANTE COMPLEMENTAIRE

le piège et comment en sortir

MOTS CLEFS : assurance • contrôle des dépenses de santé • gestion du risque • mutuelle • santé • Sécurité sociale •

Le marché de l'assurance complémentaire santé s'est fortement accru depuis quinze ans. Il a accompagné le déremboursement de la Sécurité sociale. Deux acteurs : les sociétés d'assurances et les mutuelles, y jouent un rôle, même si de nombreux facteurs les distinguent. L'un et l'autre subissent plus qu'ils ne gèrent ou n'influencent une tendance à la dérégulation du système de santé. En solvabilisant une part croissante des dépenses de santé pour une partie substantielle de la population (80 %), ils contribuent par là même à la croissance de ces dépenses sans avoir jusqu'à ce jour pu bâtir des mécanismes spécifiques de contrôle des prix, de gestion du risque, de prévention ciblée ou d'organisation de filières de soins. Toute réforme du système de santé doit tenir compte du rôle des assureurs complémentaires. Assurances et mutuelles ont pour cela partie liée. On ne sortira pas du piège sans elles.

Le marché de l'assurance complémentaire s'est fortement accru au cours de ces dix dernières années. Il a accompagné le déremboursement progressif des dépenses de santé. L'effet a été mécanique du fait de la part croissante du ticket modérateur laissée à la charge des ménages, mais aussi des dépassements des médecins du secteur 2 et des chirurgiens dentistes qui ont plus rapidement crû que n'a augmenté le ticket modérateur. Le développement rapide du marché de l'assurance complémentaire l'a été moins pour les mutuelles que pour les sociétés d'assurances. Il passe entre 1980 et 1993 de 5 à 6,3 % des dépenses de santé et, durant la même période, pour les sociétés d'assurances de 1,5 à 3,6 %. Cependant, ce marché n'est pas saturé, puisqu'il ne couvre que 10 % des dépenses de santé quand 17 % restent à la charge directe des ménages. 73 % sont remboursés aujourd'hui par l'assurance maladie, contre 79 % en 1980.

Ce dernier chiffre décroît régulièrement depuis quinze ans. Mais le phéno-

* Président-directeur général de Sanesco.

mène cache deux effets qu'il est important de distinguer. Le premier est un meilleur taux de remboursement des dépenses hospitalières : 89,7 % en 1993 ; le second est par contre une détérioration très sensible du remboursement des soins de ville (57 % en 1993), des médicaments et plus particulièrement des prothèses dentaires.

Le nombre de séances annuelles chez le dentiste par habitant a d'ailleurs baissé de 1980 à 1990 passant de 1,4 à 1,2. La décroissance a été très forte chez nos concitoyens des milieux les plus défavorisés, alors qu'une croissance continue a été constatée dans les milieux les plus favorisés.

Le marché de l'assurance complémentaire regroupe deux types d'acteurs : la mutualité, d'une part, et les sociétés d'assurances, d'autre part. S'ils sont concurrents, notamment pour les contrats groupes, de nombreuses différences les distinguent.

Leur part de marché : celle de la mutualité est proche du double de celle des sociétés d'assurances.

Le droit auquel ils sont soumis : le Code de la mutualité est distinct de celui des sociétés d'assurances, même si les directives européennes et leurs traductions françaises les font converger. Leur position institutionnelle est par ailleurs différente : les mutuelles siègent aux conseils d'administration des caisses d'assurance maladie et, pour les mutuelles de fonctionnaires, gèrent par délégation les remboursements du régime obligatoire.

Leur philosophie à l'égard de la prise en charge des dépassements : la mutualité a pour principe de ne rembourser que le ticket modérateur opposable et de ne pas solvabiliser les dépassements. Si ce principe dans la réalité souffre quelques exceptions, sa défense est apparemment paradoxale, puisqu'elle limite non seulement le marché des mutuelles, mais aussi leurs capacités de négociation (en solvabilisant un dépassement, la mutualité aurait pu négocier avec les professions de santé). Ce principe a joué néanmoins un rôle certain dans la limitation de l'effet de risque moral que nous analyserons plus tard.

Les sociétés d'assurances en revanche offrent à leur client toute la gamme de produits depuis le remboursement du ticket modérateur jusqu'à des dépassements substantiellement supérieurs à ceux des tarifs conventionnés, mais certaines sur-tarifcations sont pratiquées pour les personnes à risque, ce qui n'est pas le cas des mutuelles. En outre, si, depuis la loi Evin, elles ne peuvent plus refuser d'assurer certaines populations à risque, notamment les personnes âgées, elles peuvent augmenter leur prime. C'est ainsi que les mutuelles ont en préparation deux fois plus de personnes âgées que les sociétés d'assurances.

Malgré leur importance financière, les sociétés d'assurances ont été jusqu'à une date récente un nain politique subissant et s'adaptant aux décisions gouvernementales, qu'elles apprenaient le plus souvent par la presse, même quand elles ont sur elles un fort impact direct. Certes, quelques-unes ont pris des positions idéologiques en défendant la « santé libérale ». Cela a eu peu d'effet sur le fond, même si ces engagements leur ont commercialement réussi. Depuis quelques

mois, les choses changent, et la FFSA a pris notamment position sur l'assurabilité du risque thérapeutique, sujet que nous ne ferons qu'évoquer ici.

Apparemment, donc, beaucoup de choses séparent mutuelles et sociétés d'assurances : leur histoire, le marché, leur système de régulation juridique et fiscal, leur position institutionnelle, leur fondement philosophique. Mais un facteur important, sinon essentiel, les réunit cependant : l'assurabilité du risque maladie, leur marché. Ainsi, depuis plusieurs mois, les uns et les autres réfléchissent à l'évolution du système de santé et à leur positionnement stratégique futur, sachant que cette réflexion est dans les deux cas fortement contrainte.

Il n'est possible d'analyser le rôle et la fonction des assurances complémentaires qu'à partir de deux points de vue ; l'un très universel qui consiste à comprendre les particularités du marché de la santé et les difficultés particulières que soulève l'assurabilité de ce risque, l'autre, très spécifique à la France, qui décrit l'organisation et la gestion du système de santé de notre pays. Ces deux points de vue permettent de comprendre les dilemmes des différents acteurs et d'esquisser quelques scénarios selon les décisions qui seront prises ou non dans les années à venir.

I. LES PARTICULARITÉS DE L'ASSURANCE SANTÉ

Nous reprenons ici succinctement, en les adaptant, les excellentes réflexions de Robert G. Evans¹, qui a souligné les problèmes universels que pose l'assurance santé, qu'elle soit privée ou obligatoire. Il s'agit d'assurance au premier franc. Ces réflexions s'appliquent néanmoins aux assureurs complémentaires.

1. Économies d'échelle

Elles sont considérables. Si la gestion administrative du risque coûte en France à l'assurance maladie de l'ordre de 6 % de l'ensemble du risque, ce coût est de 2 % au Canada et de 10 à 20 % pour les assurances privées nord-américaines, même avant l'instauration du *managed care*. En effet, outre les coûts purement administratifs de toute procédure de remboursement, les assurances privées doivent déployer une force commerciale, ce qui n'est pas le cas des régimes uniques et obligatoires, comme au Canada, ou, à peu de chose près, de la Sécurité sociale en France.

Comme il n'est pas plus difficile de procéder au remboursement du principal que du complément, ces coûts sont donc relativement encore plus importants pour les assureurs complémentaires et ils le sont d'autant plus que le marché est petit et les concurrents nombreux. Le pourcentage des frais de gestion augmente enfin d'autant plus que les remboursements hospitaliers qui représentent une masse importante sont plus faibles.

1. Robert G. Evans, *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*, Butterworths, 1984.

Il existe en outre des coûts cachés qui sont à la charge des établissements de soins quand ils adressent en notre nom directement à l'assureur complémentaire la facture de l'hôpital ou de la clinique. Ce coût augmente à l'évidence avec la multiplicité des interlocuteurs.

2. Difficulté de rechercher l'origine du risque

Supposons que la compagnie soit assureur d'une entreprise de travaux publics et qu'au cours d'une visite on constate qu'un employé de 40 ans, conducteur d'engin dans cette entreprise, est atteint d'une bronchite chronique : cet employé rappelle à son médecin qu'il ne fume pas, mais que, par contre, il a été mineur pendant dix ans. La société A ne pourra pas se retourner contre la société B assureur de la mine, car si, à l'évidence, le travail dans la mine est un facteur de risque considérable, de nombreuses personnes atteintes de bronchites chroniques n'ont pas été mineurs.

En outre, les sociétés d'assurances n'aiment pas les risques dont l'occurrence est certaine. Il en est ainsi de la vieillesse. Si bien que, même aux États-Unis, c'est une assurance publique qui prend en charge les personnes âgées de plus de 65 ans. Les taux des compagnies privées seraient bien différents s'ils devaient se retourner pour solvabiliser ce risque vers les assureurs passés en fonction du nombre d'années d'affiliation pendant la vie active du retraité.

3. L'antisélection

Tout système d'assurance santé, en particulier dans les contrats groupes, est un système de redistribution entre les malades et les bien-portants. Toutefois, si une personne connaît approximativement sa probabilité d'être malade, elle sortira du programme si cette probabilité est faible. Le coût moyen pour l'assureur augmentera, ce qui contribuera à faire sortir du marché de nouveaux adhérents. Cela plaide à l'évidence pour les contrats groupes, moins chers à gérer, et dans lesquels cette sélection contraire ne se produit pas. Cela pousse également les sociétés, une fois qu'elles ont acquis une expertise du taux de sinistres, à rechercher les groupes à faibles risques et à concourir pour l'affiliation de cette population à leur programme. Cela conduit également à proposer des polices d'assurance avec franchise et/ou une couverture limitée.

4. Le risque moral

Ce concept est mal connu en France, à l'exception des professionnels de l'assurance. Il ne s'agit pas ici d'antisélection, mais tout simplement de l'hypothèse selon laquelle le comportement d'une personne change à partir du moment où elle serait assurée : elle consommerait plus et conduirait donc l'assureur à revoir à la hausse les tarifs de base.

C'est un point essentiel qui, s'il est empiriquement fondé, permet d'éclairer une question dont nous débattons en France depuis de longues années et qui se

résume ainsi : faut-il contrôler les dépenses de santé dans leur ensemble ou seulement les dépenses de santé à la charge de la Sécurité sociale ?

Les tenants du second point de vue partent d'une position philosophique qui s'interroge sur la légitimité de la puissance publique à intervenir sur la consommation des ménages. Au nom de quoi, en effet, interviendrait l'État ou la Sécurité sociale pour limiter la consommation de soins de santé alors qu'à l'évidence ils n'interfèrent pas pour limiter les voyages, l'achat d'automobiles ou de contrats d'assurance vie. Ce point de vue n'est défendable que si, et seulement si, ces dépenses sont à 100 % à la charge des ménages.

Dès lors qu'elle solvabilise largement la demande payable par l'assuré, l'assurance complémentaire écarte toute désincitation financière. On peut même montrer dans certains cas (les soins dentaires) que plus le niveau d'assurance complémentaire est élevé, plus sont élevés les niveaux de remboursements obligatoires ; l'indépendance des deux sphères est donc fictive. Aussi, de manière apparemment paradoxale, l'État et la Sécurité sociale ont d'autant plus de légitimité pour intervenir qu'il y a assurance complémentaire, sauf si les assureurs complémentaires contrôlent eux-mêmes cet effet de risque moral.

L'État doit ainsi contrôler l'ensemble des dépenses de santé si celles-ci recouvrent des biens et des services totalement ou partiellement remboursés. Sa démarche n'est pas légitime pour contrôler les dépenses qui sont à 100 % à la charge des ménages, ce qui ne représente en France aujourd'hui que très peu de chose, mais nous y reviendrons, car il y a là une voie à approfondir pour certains des problèmes majeurs que nous rencontrons. Il reste néanmoins à démontrer empiriquement que ce risque moral existe pour tout type d'assurance et ne pas limiter l'analyse aux seules consommations de médecine ambulatoire, car il peut y avoir une plus grande consommation de soins de ville et un moindre recours aux soins hospitaliers. C'est en particulier ce qu'avait montré l'Igas, en 1972, pour les mutualistes. Les études dont nous disposons aujourd'hui semblent cependant montrer que ce risque moral existe sans toutefois pouvoir généraliser ce concept à toute l'assurance complémentaire.

En effet, le premier problème de l'assurance complémentaire est que, et c'est une lapalissade, elle n'est que complémentaire, même si, comme dans le domaine des prothèses dentaires, de l'optique ou des médicaments remboursés à 35 %, sa part est aujourd'hui plus importante que celle des régimes obligatoires.

Elle subit et s'ajuste à des décisions, à des mécanismes, à des réglementations qui ont fortement limité, jusqu'à ce jour, sa marge de manœuvre. Il faut également remarquer que, à l'exception de la mutualité, les assureurs complémentaires n'ont pas revendiqué la place politique que pourrait rendre légitime leur poids économique. Le moment semble être enfin venu.

Durant la décennie 80, les inégalités de fréquentation du système de soins se sont accrues entre ceux qui disposent et ceux qui ne disposent pas d'assurance complémentaire.

En 1980, le nombre de visites chez le médecin généraliste et spécialiste était de

5,2 par an, que l'on ait ou non une assurance complémentaire ; en 1990, il était de 5,1 sans assurance complémentaire et de 7,2 avec assurance complémentaire.

Mais venons-en aux spécificités de la situation française.

Le prix du laisser-faire : le système de santé français a privilégié la liberté aux dépens de l'égalité et de l'efficacité. Ces libertés sont nombreuses et quasiment uniques au monde.

Liberté du malade de choisir son médecin : il peut être généraliste ou spécialiste, il peut être en ville ou à l'hôpital, du secteur 1 ou du secteur 2 (sans, d'ailleurs, que le malade sache toujours ce que cela veut dire et quels seront les honoraires demandés ainsi que la part remboursée).

Liberté du malade de choisir son hôpital : il peut être public ou privé, et, dans le secteur privé, le patient peut avoir le choix entre le secteur lucratif et non lucratif. A l'hôpital public, il pourra, par le biais du secteur privé et moyennant rémunération, choisir le médecin qui le prendra en charge. Cette liberté des malades est aussi celle des médecins, qui peuvent choisir leur lieu et mode d'exercice, même si, depuis trois ans, l'accès au secteur 2 est fortement contingenté, sinon quasiment fermé. Les médecins français choisissent d'ailleurs le plus souvent des modes d'exercice multiples. La liberté des honoraires n'existe cependant que pour les médecins du secteur 2 (27 %) et les consultations du secteur privé à l'hôpital public. La liberté de mode d'exercice est considérable. Rien n'interdit à un médecin d'exercer à l'hôpital ou en ville, et de pratiquer l'homéopathie, l'acupuncture ou d'autres types de médecine qualifiée.

Comme le faisait courageusement remarquer Gilles Johanet, à l'époque directeur de la Cnamts, « si la profession médicale consacrait autant d'énergie à poursuivre le charlatanisme dans ses rangs qu'à l'extérieur de la profession, la situation serait sensiblement différente » !...

Il est vrai que le fondement scientifique de certaines pratiques médicales ayant en France toutes les reconnaissances « officielles » qui s'imposent est dans certains cas léger (thermalisme) et dans d'autres inexistant.

Il n'y a pas non plus de limites à la prescription jusqu'à l'apparition des toutes récentes « références médicales ». Un médecin a le droit de tout prescrire, même lorsque l'on se demande comment il peut tout connaître du fait de la croissance exponentielle des connaissances médicales. Certaines ordonnances dépassent la dizaine de prescriptions médicamenteuses.

Les spécialistes, comme par exemple les radiologues, ont le droit de s'auto-prescrire sans contrôle, ce qui est justifié, mais surtout sans avoir à apporter de justification de leurs auto-prescriptions, ce qui n'est pas le cas dans d'autres pays. Les procédures mises en œuvre aux États-Unis depuis des décennies comme l'accréditation des hôpitaux, les habilitations à être « service universitaire », correspondant des facultés de médecine, les comités des tissus contrôlant systématiquement les pièces opératoires, le contrôle des sociétés d'assurances sur certaines pratiques professionnelles, rien de cela n'existe en France.

Les médecins ont une liberté considérable, ainsi que les consommateurs de santé, tout au moins lorsqu'ils ont le pouvoir de l'exercer, c'est-à-dire quand ils vivent en zone urbaine (disponibilité physique) et ont une bonne assurance complémentaire (disponibilité financière). Car, si la solidarité s'exerce par le biais des cotisations sociales, la baisse de remboursement progressif des dépenses de santé pénalise les catégories les plus défavorisées.

Si l'assurance maladie rembourse parfois mal, elle assure tout : l'homéopathie, les cures thermales, certains soins plus proches de l'esthétique que de la dermatologie, le secteur 2, les prothèses dentaires, les lunettes, etc.

Si bien que nous sommes en France dans une situation très paradoxale et quasiment unique en Europe. En effet, le premier recours au système de soins que constitue la visite chez le généraliste a un fort ticket modérateur, alors qu'au Danemark, par exemple, la visite chez le généraliste est gratuite. Les quinze dernières années voient d'ailleurs une croissance du taux de remboursement de l'hôpital et des maladies prises en charge à 100 % et un déremboursement progressif de la médecine de ville (généraliste, spécialiste, médicaments, etc.).

L'on constate alors, mais pourquoi s'en étonner, que les milieux sociaux les plus défavorisés, s'ils dépensent grossièrement les mêmes sommes que les milieux plus favorisés, voient moins de médecins de ville et vont plus souvent à l'hôpital. Est-ce efficace ? En outre, cette apparente équité financière cache une réelle inéquité, parce qu'ils sont non seulement pauvres, sans assurance complémentaire, mais également plus souvent malades ; on devrait donc constater dans cette population une plus grande fréquentation du système de soins si la barrière financière n'existait pas.

Par ailleurs, il faut signaler ici que le libre choix n'est pas vraiment possible, notamment dans certaines grandes villes, car l'ensemble des spécialistes est en secteur 2, même si, aujourd'hui, ils doivent tous avoir un quota en secteur 1. Mais que recouvre en réalité ce quota ?

La stratégie et la politique des assureurs complémentaires sont influencées par des mécanismes qu'ils ne contrôlent pas.

■ *Les prix*

La définition des tarifs conventionnels et du prix des lettres clefs (B, K, Z...). Les tarifs interministériels des procédures sanitaires (Tips) qui, notamment, définissent les prix de remboursement des appareils et des prothèses.

■ *Les indices de complexité*

Les nomenclatures dont certaines sont très anciennes et inadaptées, notamment en chirurgie.

■ *Les droits à remboursement*

La liste des 30 maladies qui induisent un remboursement à 100 %.

Les durées de séjour hospitalier qu'il faut dépasser pour être remboursé à 100 %.

Le seuil de K 50 qui induit l'exemption de ticket modérateur en cas d'intervention chirurgicale.

■ *Le volume des prescriptions*

La procédure des références médicales opposables (RMO) a aussi, si son effet se prolonge, un effet limitatif pour les assureurs complémentaires.

■ *Les accords de régulation*

Les accords signés avec les biologistes, les infirmières libérales, les cliniques privées ont un impact bénéfique sur les assureurs complémentaires.

■ *Le droit de la concurrence*

Il a été recommandé au gouvernement que la facture du prothésiste soit communiquée au patient quand une prothèse est posée. Ces recommandations ne sont pas suivies d'effet. Les dentistes tirent en effet les deux tiers de leurs revenus du tiers de leur activité, car les soins dentaires sont mal payés et bien remboursés. Alors que les prothèses sont probablement surpayées par le patient et particulièrement mal remboursées.

■ *Les dépassements*

Les sociétés d'assurances prennent en charge la baisse du ticket modérateur, mais aussi la croissance des dépassements définis par chaque médecin.

C'est ainsi que, selon l'échantillon permanent d'assurés sociaux constitué par la Cnamts sur la période 1989-1992, l'augmentation du ticket modérateur est de 2 % et celui des dépassements de 18 %, si bien que la moyenne annuelle non remboursée mais assurable passe de 789 à 919 francs. Le ticket modérateur y contribue pour 406 francs en 1989 et 454 francs en 1992, alors que les dépassements passent, pendant cette période, de 383 à 465 francs. Ce phénomène de croissance des dépassements est particulièrement sensible pour les soins dentaires.

Il faut enfin souligner la très inéquitable répartition des soins non remboursés, car si, pour un quart des Français, en 1990, ce chiffre ne dépassait pas 350 francs par an, pour 5 % il était supérieur à 4 700 francs et pour 1 % d'entre eux il dépassait 12 000 francs !...

Il ne s'agit pas ici de faire porter aux assureurs complémentaires les très grandes imperfections de notre système de santé, mais de constater leur très grande difficulté à se positionner, à anticiper, à définir des contrats et des primes. Certains des mécanismes poussant à la maîtrise et d'autres pas.

II. LE PIÈGE

Avant d'aborder les solutions concrètes qu'il est possible d'envisager, nous voulons souligner le piège collectif dans lequel nous sommes.

La politique de déremboursement continu depuis 1980 nous fait battre un record d'Europe : nous sommes le pays qui rembourse le moins et de loin (73 % en France contre 85 % en moyenne en Europe). Le déremboursement, qui porte sur les soins extra-hospitaliers et notamment les soins primaires, pousse nos concitoyens à recourir à une assurance complémentaire soit par la souscription de contrats individuels, soit par la prévoyance des entreprises : 80 % le font aujourd'hui.

Si cette politique se poursuit, les effets constatés ces quinze dernières années vont s'accroître car les mécanismes sont en place.

Le fondement de cette affirmation repose sur le raisonnement suivant :

- plus la Sécurité sociale dérembourse, plus la population socialement intégrée et financièrement solvable s'assure (80 % des Français) ;
- plus les produits proposés par l'assurance complémentaire couvrent le ticket modérateur et l'intégralité des dépassements, plus les dépenses à la charge de la Sécurité sociale augmentent (risque moral) ;
- plus les dépenses obligatoires augmentent, plus l'État dérembourse ;
- plus l'État dérembourse la médecine libérale, plus les revenus des professionnels dépendent de la capacité des citoyens à les payer. En effet, moins les régimes obligatoires couvrent les dépenses de médecine de ville, plus est réduite la portée des accords conventionnels qui se rétrécissent telle une peau de chagrin ;
- or plus les déremboursements sont importants, plus fort est l'effet d'exclusion des plus défavorisés et plus ce nombre s'accroît ;
- plus l'exclusion des soins primaires est forte, plus les dépenses hospitalières augmentent en volume pour les défavorisés, moins la structure des soins est adaptée, et cela contribue aussi à augmenter les dépenses en valeur absolue. Donc plus la demande des exclus du système extra-hospitalier se reporte sur l'hôpital, plus elle y absorbe de ressources (largement financées par l'assurance maladie), moins les technologies de pointe sont utilisées à bon escient.

Notre piège est donc bien en place, il pousse à l'inégalité, à l'inefficacité et à la croissance des dépenses.

Il est clair que la Sécurité sociale et les assureurs complémentaires ont partie liée si un gouvernement souhaite sortir de ce piège. Mais si cette volonté politique ne s'affirme pas par des décisions concrètes, il est aussi évident que les assureurs complémentaires ont non seulement un marché, mais aussi de beaux jours devant eux, car ils vont définir la nature et le prix des prestations et des soins. Eux seuls ont une véritable marge de manœuvre, la Sécurité sociale sera prise dans sa nécessaire politique d'équilibre des comptes et accordera peut-être 5 francs

d'augmentation d'honoraires à la veille de chaque campagne électorale, ce qui n'est ni digne ni suffisant.

Que faire ?

Le problème des assureurs complémentaires n'est pas de limiter la croissance des dépenses de santé, mais d'offrir un service, celui de l'assurance, sans perdre d'argent et si possible en en gagnant (ce qui ne semble pas être le cas aujourd'hui globalement en France).

Pour cela, les sociétés ont besoin de pouvoir définir le risque, en estimer la magnitude et de le répartir sur une population suffisamment grande pour que le calcul actuariel puisse contribuer à la définition de tarifs et à l'élaboration de contrats qui permettent de gérer le risque, de définir des niveaux de garantie, des conditions de souscription, des franchises, des périodes de carence, etc.

Les sociétés qui ont le plus souvent délégué la gestion de leurs contrats aux courtiers ne souhaitent pas, en général, prendre position dans un débat public difficile et controversé. Les risques commerciaux sont trop importants pour des bénéfices incertains, du fait de la relative faible part du risque santé dans leur portefeuille. La mutualité n'est pas dans la même situation, car elle a un très grand nombre d'affiliés (12 millions de ménages, 26 millions d'ayants droit, près de la moitié de la population française) ainsi qu'un rôle historique et une position institutionnelle spécifique dans le secteur. Si sa finalité n'est pas commerciale, elle devra néanmoins apprendre à gérer le risque aléatoire et les comportements à l'égard de l'assurance.

Si les sociétés d'assurances souhaitent jouer un rôle dans les mois à venir, la FFSA devra donc se substituer aux compagnies, à condition qu'elles soutiennent activement leur fédération sur des axes précis.

Les voies que nous allons esquisser posent souvent de nombreux problèmes de mise en œuvre dont les questions juridiques ne sont pas les moindres. Par exemple, toute convention passée par plusieurs compagnies avec des professionnels de santé pour limiter les dépassements d'honoraires court aujourd'hui le risque d'être attaquée par la Direction de la concurrence du ministère de l'Économie comme entente illicite entravant la libre concurrence.

■ *Prévention ciblée*

- Dépistage obligatoire de certaines catégories de population comme par exemple une visite annuelle chez le dentiste pour les enfants de moins de 16 ans, ou une mammographie annuelle obligatoire pour les femmes de plus de 50 ans.
- Information dans les entreprises des effets de la consommation de tabac et d'alcool.
- Paiement de formation spécifique pour ceux qui souhaiteraient s'arrêter de fumer.
- Incitation à la formation de groupes d'alcooliques anonymes, etc.

- Action auprès des entreprises pour la prévention des accidents et des arrêts de travail.

■ *Gestion du risque*

- Ajouter aux références médicales opposables des références supplémentaires pour certaines spécialités ou certains risques.
- Contrôler les auto-prescriptions, notamment des radiologues.
- Demande systématique d'un double avis en cas d'intervention chirurgicale.
- Analyse du bien-fondé de la prescription chez les cliniciens.
- Mise en place de logiciels optimisant la prescription, notamment pharmaceutique, chez les médecins volontaires. Cela devrait se faire indépendamment de l'industrie pharmaceutique, sous peine d'avoir à faire face à des conflits d'intérêts évidents.

■ *Action sur les prix*

Passer des conventions avec les praticiens volontaires pour limiter les dépassements d'honoraires.

Passer des accords avec les chirurgiens dentistes et les fabricants de prothèses dentaires en élaborant une nomenclature et des tarifs opposables.

Passer des accords analogues avec des revendeurs de lunettes, etc.

■ *Organisation de réseaux ou de filières de soins*

Aujourd'hui, cela semblerait avoir été en partie réalisé par la mutualité. Elle dispose en effet de pharmacies, de centres d'optique, de centres de consultations, d'établissements de soins. L'effet réseau joue cependant peu, car l'utilisation de ces institutions est laissée au cas par cas au libre choix des consommateurs et que les ordres professionnels surveillent attentivement les responsables des centres pour qu'ils n'interviennent pas dans l'organisation du travail médical.

Il ne s'agit donc pas de réseau au sens où nous l'entendons ici, mais plutôt d'institutions de références pesant sur les prix.

De plus, des enquêtes encore confidentielles montrent que des accords peuvent exister, mais que la liberté de s'associer est dans notre pays mise sous le boisseau.

Pour créer un réseau, il faut simultanément :

- agréer des producteurs de biens et services médicaux (médecins, pharmaciens, dentistes, lunetiers, hôpitaux), centre de rééducation fonctionnelle, hôpitaux de moyen et long séjour, etc., et en contrepartie avoir des exigences de résultats (cela posant bien sûr les problèmes de la responsabilité de la gestion du réseau) ;
- inciter financièrement à l'utilisation de ces producteurs agréés en ne remboursant pas au même taux ceux qui se contraignent à utiliser ce réseau et ceux qui préfèrent garder leur entière liberté.

Les thèmes évoqués ci-dessus peuvent, sous réserve d'études détaillées, être d'ores et déjà mis en œuvre. Ce n'est pas le cas de ceux que nous allons présenter ci-après. Ils nécessitent des modifications législatives.

■ *Définir les soins qui ne seront plus remboursés par l'assurance maladie et qui pourraient l'être par les assureurs*

Il ne s'agirait donc plus d'assurance complémentaire, mais d'assurance au premier franc.

Si la médecine a grandement contribué à l'amélioration de la santé de nos concitoyens, elle permet aussi de rendre des services qui n'améliorent pas directement la santé, mais seulement, et c'est parfois beaucoup, le confort réel ou perçu de nos concitoyens.

L'assurance médicale obligatoire doit-elle continuer à prendre en charge l'homéopathie, les cures thermales, toute la chirurgie esthétique, toute la dermatologie, toutes les prothèses dentaires, le contrôle de la sexualité et de la procréation ?

Il ne nous appartient pas de répondre à ces questions, mais de souligner que, dans de nombreux pays occidentaux, ces thèmes ont été débattus et des réponses ont été apportées, notamment en Allemagne.

■ *Imposer des franchises*

Ce n'est pas le thème favori des sociétés d'assurances, car ce débat est double.

Faut-il organiser des franchises obligatoires et de quelle nature ?

Faut-il permettre que ces franchises soient remboursées ?

Si l'on répond par l'affirmative à la seconde question au nom de la liberté d'assurer, on n'élimine pas le risque moral. Ce débat a déjà eu lieu en France en 1980 avec la création du ticket modérateur d'ordre public : la mutualité fit reculer le gouvernement de l'époque. C'est donc un sujet politiquement chaud, mais difficilement évitable. Cette technique est couramment utilisée dans les pays européens.

La franchise peut être :

- à l'acte ;
- au médicament (franchise par boîte ou par ordonnance) ;
- annuelle et identique pour tous les assurés ;
- proportionnelle au revenu.

Cette dernière a depuis de longues années notre préférence pour des raisons d'équité. Mais elle n'apparaît pas compatible avec la multiplicité actuelle des régimes, car le revenu à prendre en compte est celui des foyers fiscaux, et il arrive qu'au sein d'un même foyer fiscal les régimes, et donc les taux de remboursement, soient différents. Les difficultés techniques d'une telle mesure ont également été souvent évoquées. Cet argument ne tient pas. Il n'est en effet pas plus

difficile de gérer un mécanisme de franchise annuelle ou trimestrielle que de gérer un compte bancaire. Certes, ce mécanisme fait jouer la solidarité à la fois sur les cotisations et les prestations, mais faut-il lui préférer le mécanisme aveugle de l'actuel ticket modérateur qui organise une solidarité à rebours ?

■ *Transférer aux assurances privées ou aux mutuelles la gestion au premier franc de tout ou partie des prestations des assurés sociaux*

C'est le thème favori de certains assureurs. Outre les considérables problèmes politiques que cela poserait, puisque une telle mesure annoncerait la fin de la gestion paritaire de la Sécurité sociale, les bénéfices attendus sont très incertains. L'exemple de la Suisse montre que les assureurs organisent un cartel de fait. La situation américaine, avec son cortège d'exclus et une inflation médicale difficilement maîtrisée, n'est un exemple pour personne. Les tentatives néerlandaises qui cherchent à rendre compatibles les principes d'universalisme et de concurrence semblent avoir du mal à se mettre en place, bien qu'il soit encore trop tôt pour porter un jugement.

Enfin, les remarques que nous avons faites au début de cet exposé, notamment concernant la très forte déséconomie d'échelle qu'induirait une telle mesure, ne semblent pas permettre de la recommander.

Le système obligatoire unique a certes des inconvénients, mais aussi de nombreux avantages dus aux particularités essentielles du risque santé. Cela a été reconnu et défendu non seulement par Robert G. Evans et d'autres, mais même la Grande-Bretagne thatcherienne en a convenu. C'est dire !

■ *Favoriser une réforme du système de santé*

Ce que les sociétés d'assurances peuvent envisager de faire en passant des conventions avec les producteurs de biens et services pourrait être soutenu par voie législative, ce qui limiterait l'incertitude actuelle devant laquelle se trouvent les assureurs complémentaires.

Sans que cette liste soit exhaustive on peut imaginer :

- la limite des dépassements de tarifs conventionnels (éventuellement revus à la hausse) comme cela se fait aux États-Unis (30 %) ;
- limiter l'accès direct à certaines spécialités et ouvrir la possibilité d'un financement partiel à la capitation pour les médecins qui le souhaitent ;
- gérer le risque : c'est-à-dire faire accepter par la profession médicale un auto-contrôle des prescriptions en fonction de critères de qualité ;
- passer des conventions avec l'industrie pharmaceutique et biomédicale, etc. ;
- ouvrir la possibilité de passer des accords contractuels entre producteurs et institutions de soins (loi type HMO).

Il est difficile de conclure un tel survol. On peut toutefois remarquer que, si le

piège continue à fonctionner, les assurances complémentaires ont devant elles un beau marché à court et à moyen terme. A long terme, il est probable que nos enfants se satisferont peu du déficit croissant des dépenses publiques et du cortège d'inégalité et d'exclusion qui accompagne ce laisser-faire, car nous aurons l'un et l'autre. Pour en sortir malgré leurs différences idéologiques, historiques et fiscales, il est clair que la mutualité et la FFSA ont partie liée, car ce sujet dépasse à l'évidence le cadre habituel des réflexions qu'une entreprise développe quand elle cherche à conquérir un marché ; celui-ci n'est en effet pas tout à fait comme les autres ■

COÛT D'UNE MALADIE :

peut-on l'évaluer ?

MOTS CLEFS : coûts • hôpital • information médicale • maladie • méthodologie • santé •

L'analyse des coûts entraînés par une maladie pose de nombreux problèmes de définition et de méthode. En effet, le processus de production, voire le produit des soins, est en général inobservable, ce qui rend difficiles la comparaison des pratiques et le raisonnement en termes de production optimale. D'autre part, en l'absence de véritable marché, le système de prix peut difficilement servir à une valorisation des coûts, et il faut se contenter d'une évaluation des dépenses. Mais la mesure des ressources utilisées n'est elle-même pas simple à effectuer et dépend le plus souvent de l'usage réservé à cette mesure. Dans une perspective d'allocation budgétaire ou de suivi des dépenses, deux systèmes d'information médico-économiques tentent malgré tout d'améliorer la connaissance des coûts hospitaliers.

Que ce soit au niveau macro ou microéconomique, l'analyse des coûts dans le domaine de la santé se heurte à un grand nombre de problèmes méthodologiques. Certains de ces problèmes sont communs à l'ensemble des questions d'évaluation en économie publique, alors que d'autres sont spécifiques au domaine sanitaire (voir Moatti, 1988, Le Gales et Triomphe, 1991, Drummond *et al.*, 1987). On distingue habituellement deux types de coûts liés à la maladie : les coûts directs concernent l'ensemble des ressources affectées au traitement, à la prise en charge du malade ; les coûts indirects, ou coûts induits, recouvrent les pertes de bien-être, les diminutions de production, ainsi que les coûts *ex ante* (dépenses liées à la prévention). Sans même évoquer les écueils liés à la mesure objective des coûts indirects (Drummond *et al.*, 1987), l'estimation des coûts directs pose de multiples problèmes.

* Respectivement Centre de recherches en économie de la santé, Inserm U. 357, hôpital de Bicêtre ; CNRS, Delta.

I. DES MESURES OBJECTIVES RAREMENT POSSIBLES

La première question qu'il convient de poser est celle de l'*objectif* de l'estimation des fonctions de coût, ou plus simplement de la mesure des coûts. Si ceux-ci doivent, en principe, révéler le coût d'opportunité, ils sont supportés par un ensemble d'institutions (Caisse d'assurance maladie, État, mutuelle du Code de la mutualité, sociétés d'assurances, ménages). Dans bien des cas, une confusion est faite entre le coût et le financement du coût ; or la comparaison de l'un et de l'autre peut pourtant permettre de révéler des distorsions et des possibilités de captation de rente ou de comportement opportuniste (voir Mougeot, 1994, Laffont Tirole, 1986). Ce qui fait que l'on doit différencier en principe coût et dépenses, ces dernières reflétant la part du coût qui est prise en charge par le financeur public, sans considération d'efficacité. Toute étude de coût doit donc débiter par la réponse à deux questions qui ne sont simples qu'à première vue : coût pour qui et coût pour quoi. Le coût pour la Sécurité sociale peut ainsi différer du coût ou de la dépense pour la collectivité. La réponse à de telles questions ne doit pas conduire à des estimations partielles, mais à comprendre la répartition des dépenses.

La mesure du coût de telle ou telle maladie ou de la prise en charge de telle ou telle affection, afin de répartir les budgets ou de procéder à une allocation rationnelle des ressources, se heurte à la non-observation du produit des soins ou du mode de production optimale. Du fait des interactions entre les soins et les variables d'environnement, cette production est incertaine, et on peut dire que le produit n'est connu qu'*ex post* (Béjan et Gadreau, 1992). Ce qui fait que l'on ne sait jamais si la condition minimale d'efficacité technique est remplie, et donc si l'arrangement dont on mesure la valeur n'est pas dominé par une autre combinaison des mêmes inputs. En ce sens, les difficultés sont proches de celles que l'on rencontre dans l'évaluation des services, et notamment en assurance (Gadrey, 1994).

La mesure du coût implique de définir un élément d'observation du résultat qui soit le plus proche du produit ; c'est, par exemple, le cas des groupes homogènes de malades qui seront traités plus bas.

L'absence de processus de production observable *ex ante* est l'une des caractéristiques du secteur de la santé, et notamment du secteur hospitalier. C'est un secteur où l'intervention publique est importante, tant en termes de réglementation que de tarification. En dehors des arguments éthiques ou moraux, l'intervention publique dans le domaine de la santé s'appuie sur plusieurs justifications économiques : la présence d'effets externes, positifs ou négatifs, le caractère public du bien santé, mais aussi et peut-être surtout la présence de fortes asymétries d'information. Ainsi que l'a souligné Arrow dès 1963, ces asymétries d'information pèsent à la fois sur la relation entre consommateur et prescripteur (ce qui rend difficile la détermination de la fonction de demande et fait qu'elle est incertaine), mais aussi sur la relation entre prescripteur et tiers payant. Cette classique situation de risque moral entraîne ainsi une induction de la demande par l'offre.

Ces défaillances ont conduit au fait que les estimations des fonctions de coûts

telles que l'on peut les trouver dans la littérature (voir Graveman, 1986, pour un panorama) ne sont pas des fonctions microéconomiques, mais des fonctions « comportementales » (Breyer, 1987). Il n'est guère possible de comparer deux processus de production entre eux ni leurs fonctions de coûts. Ce qui est révélé, c'est un arrangement des inputs valorisé (Brunet-Jailly et Huard, 1975). Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que les questions de croissance ou de décroissance du coût marginal, ou de présence ou d'absence d'économie jointe, ne soient que rarement prises en compte dans le domaine de la santé, contrairement à d'autres branches du calcul économique (Gadrey, 1994).

Les conséquences sur le calcul des coûts de ces imperfections font que, bien souvent, les résultats présentés ne sont pas utiles au décideur, ou ne présentent que des informations incomplètes : « Les coûts sont souvent présentés dans les évaluations économiques sans explication minutieuse de la façon dont les unités physiques sont mesurées et dont les ressources sont valorisées, ni de la façon dont les valeurs finales en découlent » (Luce, 1990).

Du fait de ces imperfections, il convient de porter l'attention à la fois sur les quantités mesurées et sur les prix que l'on affectera.

II. LA DIFFICILE ÉVALUATION DES RESSOURCES UTILISÉES

Ainsi, si l'on veut procéder à une étude des coûts, il convient avant toute chose de procéder à un inventaire correct des ressources utilisées, de ne pas se limiter aux aspects les plus évidents : par exemple, de même que se pose fréquemment la question du mode d'imputation du capital (Le Gales et Triomphe, 1991), l'analyse peut porter sur la ventilation du coût des services centraux. Cette connaissance des ressources implique soit que l'on puisse disposer d'une comptabilité en volume des biens et des services utilisés, soit que l'on procède à des enquêtes longues et minutieuses, en vue d'estimer la fonction de production et de coût (Seror, 1992). Mais ces observations fines sont rarement possibles, et les hôpitaux publics, contrairement aux hôpitaux privés, ne peuvent décrire finement les quantités consommées.

Par ailleurs, du fait de l'importance du secteur non marchand et à but non lucratif, l'absence de concurrence par les prix entre producteurs de soins n'incite aucun d'entre eux à minimiser ses coûts ; on est plutôt en présence de ce que Lee (1971) nomme des « Cadillac Hospitals » : la collusion des décideurs et des médecins favorise une concurrence par la qualité, qui se traduit au niveau global par des biais de sur-qualité et de sur-prescription.

Outre une production dont on peut penser qu'elle n'est pas efficiente, l'absence de régulation marchande conduit à ce que les prix auxquels les quantités sont échangées ne résultent pas de la confrontation d'une offre et d'une demande, et ne révèlent pas les rapports des prix relatifs. C'est plutôt une logique de tarification qui est imposée ; la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) est « un instrument de gestion des rapports entre les organismes

nationaux d'assurance maladie, les assurés publics, les pouvoirs publics et la profession médicale » (de Pouvoirville, 1985) ; cet instrument a pris la forme d'un ou de plusieurs tarifs conventionnés. Certes, dans le secteur hospitalier public, le mode de tarification par cotation des actes médicaux a perdu une partie de sa signification du fait de l'instauration de la dotation globale hospitalière, qui n'est que peu reliée à l'activité. Néanmoins, les systèmes de cotation, que ce soit la NGAP ou celui qu'a établi la Direction des hôpitaux, sont couramment utilisés, soit à des fins de comptabilité « analytique » en vue de comparer différents services et d'en évaluer la productivité, soit à des fins de tarification auprès de l'assurance maladie. Dans le secteur hospitalier privé, la tarification se fait souvent *ex post* en fonction de la nomenclature des actes. Là aussi, le coût n'est pas relié au produit, mais plutôt aux actes effectués, avec la tendance inflationniste qu'entraîne le remboursement *ex post*.

L'adoption de ces systèmes de nomenclature comme mesure des prix résulte souvent d'un choix de facilité, qui se traduit, comme le souligne G. de Pouvoirville, par un freinage des nouvelles cotations et par une politique de forfaitisation. Ainsi, la nomenclature peut difficilement prendre en compte l'évolution des progrès techniques et ne permet pas de rendre compte du coût réel de la production des actes.

Une connaissance des coûts réels nécessite donc la mise en place d'enquêtes lourdes et repose sur un vrai système de compatibilité analytique dont ne disposent pas actuellement tous les hôpitaux. Or, dans d'autres pays (États-Unis, Allemagne, Pays-Bas), la connaissance des coûts hospitaliers est beaucoup plus avancée. L'objectif de renforcement du système d'information et de valorisation n'est pas impossible à atteindre. On peut supposer que, quand les gestionnaires hospitaliers disposeront de la capacité de calculer les coûts, information privée, il faudra disposer d'un mécanisme qui permette de converger vers le prix que le financeur est prêt à payer : c'est le principe du financement par les groupes homogènes de malades qui, par une tarification à la moyenne, induit une norme identique pour les hôpitaux.

III. VERS DES SYSTÈMES D'INFORMATION MÉDICO-ÉCONOMIQUES ?

Deux méthodes quantitatives d'estimation des coûts ont été mises en place par la Direction des hôpitaux du ministère de la Santé, dans le cadre de la tutelle qu'exerce le ministère sur l'assurance maladie. Le projet de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et le dossier médico-économique de l'immuno-déficiência humaine (DMI2) n'ont pas le même objectif. Celui du premier est d'estimer, de manière externe et interne, le coût de la prise en charge, alors que le second cherche à suivre des coûts additionnels entraînés par l'apparition d'une nouvelle pathologie lourde (le sida).

1. Le PMSI

Le projet de médicalisation des systèmes d'information, inspiré des travaux de Fetter (1980) aux États-Unis, en cours d'expérimentation en France, doit permettre de remplacer le mode de financement des hôpitaux, actuellement alloué selon un principe de dotation globale à un secteur, par un financement tenant compte de l'activité prévisionnelle. Outre un critère d'allocation budgétaire, le PMSI doit également fournir une méthode de suivi des coûts hospitaliers, en fonction de la nature des pathologies traitées. Dans cette perspective, des données concernant les traitements reçus par chaque patient lors de son séjour hospitalier sont collectées de manière exhaustive sur une cinquantaine d'hôpitaux. L'ensemble des patients est réparti en groupes homogènes de malades (GHM), constitués de telle façon qu'à l'intérieur de chaque groupe de diagnostic la variance d'une variable représentant le mode de prise en charge soit minimale. Les patients d'un GHM présentent ainsi des caractéristiques cliniques *a priori* homogènes, et chaque GHM est en principe iso-coût.

Pour chaque GHM, on cherche ensuite à obtenir un calcul de coût moyen de prise en charge. S'appuyant sur la comptabilité analytique des hôpitaux inclus dans l'étude, et distinguant les coûts de structure, les coûts logistiques et les coûts médicaux, le séjour d'un patient est découpé en unités élémentaires, pour chacune desquelles on définit un indice de coût de revient. La valorisation de cet indice permet de calculer le coût de la prise en charge d'un patient (Hatchuel, Moisson, Molet, 1985).

Ce coût est ainsi estimé pour chacun des hôpitaux. Au terme du processus, il est prévu que l'allocation budgétaire se fasse sur la base du coût moyen par pathologie, en fonction des prévisions d'activité (prévision de l'incidence de telle ou telle pathologie), remplaçant ainsi le mécanisme de dotation globale ou de paiement à l'acte.

Ainsi, le PMSI permettra à la fois à l'hôpital une connaissance interne de ses coûts de revient, et au système de financement une connaissance externe de l'écart des coûts par rapport à une moyenne de référence.

2. Le DMI2

Le suivi de la prise en charge des malades du sida et des séropositifs fournit un autre exemple de mise en place de système d'information exploitable dans une perspective d'analyse de coûts.

L'apparition puis le développement de l'épidémie, l'importance de la charge en soins, le prix élevé des traitements, l'incertitude forte sur les meilleurs modes de prise en charge et la rapide évolution des techniques thérapeutiques ont vite rendu la règle d'allocation budgétaire par dotation globale incapable de faire face à la situation nouvelle, notamment pour les centres accueillant le plus de patients. Pour pallier cette rigidité, une enveloppe additionnelle a été allouée depuis 1987. En 1995, l'enveloppe cumulée représentera un peu moins de 3 mil-

liards de francs, soit 1,5 % du budget hospitalier global. Cette allocation couvre les dépenses supplémentaires occasionnées par les soins aux patients infectés par le VIH ou malades du sida.

Parallèlement, les caractéristiques cliniques, médicales et économiques des patients et des soins ont fait l'objet d'une collecte systématique au sein des hôpitaux les plus impliqués. Outre un suivi épidémiologique et des études cliniques, la base de données centralisée ainsi constituée (DMI2) permet d'estimer les dépenses médicales directes. D'autres études, notamment sur la charge en soins infirmiers, fournissent une évaluation des dépenses en personnel. Par contre, les coûts de structure (administration...) ne sont pas explicitement considérés, la logique de l'enveloppe sida visant la couverture des dépenses *additionnelles* entraînées par le virus VIH : ce ne sont que des coûts variables (actes, médicaments) ou semi-fixes (personnel). Encore une fois, la définition du coût dépend bien de l'usage qu'on veut faire de sa mesure : il s'agit ici du suivi d'une allocation budgétaire en fonction de l'activité, et non du coût proprement dit.

L'exploitation systématique de ces données met en évidence une forte disparité des dépenses, voire des pratiques (Cavaignac, Geoffard et Tortay, 1994). Les dépenses en personnel par patient peuvent ainsi varier, d'un centre à l'autre, dans un rapport de un à trois. De même, les durées moyennes de séjour de malades du sida s'échelonnent de 7 à 22 jours. On retrouve une grande variabilité des dépenses médicales, comme des coûts par journée, ou des coûts par séjour. Ces hétérogénéités peuvent être dues aux caractéristiques de l'infection par le VIH : l'effondrement des défenses immunitaires entraîne pour le patient un risque de contracter de nombreuses pathologies, très diverses dans leur mode de prise en charge. D'autre part, l'apparition récente de l'épidémie (sans doute vers la fin des années 70) a suscité de multiples recherches thérapeutiques. Malgré la rédaction et la diffusion de recommandations sur les modes de prise en charge (Dormont, 1990 et 1993), le corps médical est loin d'avoir atteint un consensus en matière de protocole de soins, ce dont témoigne le fait qu'en 1993 près de 10 % des patients étaient inclus dans un essai thérapeutique (Arcat-sida, 1994).

L'étude des dépenses hospitalières liées au sida montre que, dans un contexte de forte hétérogénéité, il est délicat de parler *du* coût : la moyenne reflète mal la situation. Seules les pathologies aux traitements assez standardisés peuvent se prêter à de telles analyses. Plus généralement, la question demeure posée de savoir comment, dans un contexte de fortes disparités de pratiques et dans une perspective de régulation et de meilleure allocation, révéler le coût. Le mécanisme proposé par le PMSI introduit un début de concurrence fictive par les prix (Mougeot, 1994) entre les différents hôpitaux ; les hôpitaux « chers » sont incités à réduire leurs coûts pour se conformer à la moyenne, et les autres, remboursés au-delà de leurs dépenses, engrangent des bénéfiques.

CONCLUSION

La mesure des coûts directs d'une maladie pose, on l'a vu, de multiples difficultés. Certaines de ces difficultés sont intrinsèques : le secteur de la santé est caractérisé par de fortes *hétérogénéités*, à la fois de pratiques, mais aussi de situations cliniques ; dans le domaine médical, l'*asymétrie de l'information* est constitutive de la relation thérapeutique (compétence de spécialistes) ou imposée par des considérations éthiques ou juridiques (secret médical) ; enfin, l'*incertitude*, dans la demande, dans le produit, dans l'interaction avec les variables d'environnement, finit d'enchevêtrer les difficultés.

En revanche, certains des obstacles à la mesure des coûts sont davantage de nature organisationnelle : l'absence de marché et de concurrence par les prix prive les producteurs de réelles incitations à l'efficacité ; la coexistence de divers modes de régulation introduit des distorsions dans les allocations.

Enfin, la mesure des coûts indirects ouvre une étendue de nouvelles difficultés : comment évaluer le coût individuel, ou le coût social, de la perte de productivité liée à une maladie ? Comment estimer de manière objective la perte de bien-être subie par un malade (si tant est qu'une telle mesure objective ait même un sens) ? Comment estimer le coût externe d'un patient porteur d'une maladie potentiellement transmissible ou contagieuse ? Doit-on, dans le calcul du coût global d'une maladie, faire figurer les dépenses liées à la prévention de cette affection ? Faut-il prendre en compte le coût des recherches thérapeutiques ?

La belle définition théorique du coût en termes d'utilisation optimale des ressources, on le voit, est de peu d'usage lorsqu'on envisage des utilisations concrètes de la mesure de ce coût. Au contraire, les deux questions « coût pour qui ? » et « coût pour quoi ? » sont un préalable à toute évaluation pratique, multipliant ainsi les approches du problème. Enfin, la mise en place de systèmes d'information fiables peut être un aspect déterminant du problème de l'évaluation des dépenses ■

Bibliographie

- ARCAT-SIDA, *Répertoire des essais thérapeutiques en France*, 1994.
- ARROW, K., « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », *American Economic Review*, 1963, n° 53, p. 941-973.
- BÉJEAN, S., et GADREAU, M., « Asymétries d'information et régulation en médecine ambulatoire », *Revue d'économie politique*, 1992, n° 102, p. 207-227.
- BREYER, F., « Case-mix et coûts dans les hôpitaux allemands : spécification économétrique d'une fonction », *La Régulation des dépenses de santé, colloque franco-allemand*, EHESS, 1987.
- BRUNET-JAILLY, J., et HUARD, P., « Le coût de la maladie en milieu hospitalier : approches méthodologiques », Laboratoire d'économie et de sociologie du travail, janvier 1975.
- CAVAINAC, L., GEOFFARD, P.-Y., et TORTAY, I., « La disparité des coûts de prise en charge des patients VIH », *Solidarité Santé*, n° 3, 1994.
- DORMONT, J., « Recommandations du groupe d'experts sur la prise en charge et le traitement précoce de l'infection à VIH » (rapport de synthèse). *Rapport au ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale*, juin 1990.
- DORMONT, J., « Prise en charge des personnes atteintes par le VIH », *Rapport au ministre de la Santé et de l'Action humanitaire*, février 1993.

- DRUMMOND, M. F., STODDART, G. L., et TORRANCE, G. W., *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programs*, Oxford, Oxford University Press, 1987.
- FETTER, R., SHIN, Y., et FREEMAN, J.-L., « Case Mix Definition by Diagnostic Related Group's », *Medical Care*, n° 2, 1980.
- GADREY, J., « A propos de l'analyse économique des services d'assurance : le concept de produit et la question de son évaluation », *Revue économique*, 1994, 45.
- GRAVEMAN, T. W., BROWN, R. S., et PAULY, M. V., « Estimating Hospital Cost : A Multiple Output Analysis », *Journal of Health Economics*, 1986, n° 5, p. 107-127.
- HATCHUEL, A., MOISDON, J.-C., et MOLET, H., « Budget global hospitalier et groupes homogènes de malades », *Politiques et Management public*, vol. III, n° 4, décembre 1985.
- LAFFONT, J.-J., et TIROLE, J., « Using Cost Observations to Regulate Firms », *Journal of Political Economy*, 1986, 94, p. 614-641.
- LEE, L., « A Conspicuous Production Theory of Hospital », *Southern Economic Journal*, 1971, n°38.
- LE GALES, C., et TRIOMPHE, A., « L'évaluation économique des interventions en santé publique : principes et limites », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 1991, n° 39, p. 15-19.
- LUCE, B. R., « Estimating Cost in the Economic Valuation of Medical Technologies », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 1990, n° 6, p. 57-75.
- MOATTI, J.-P., « Prix de la médecine et prix de la vie », *Prospective et Santé*, 1988, n° 47.
- MOUGEOT, M., *Systèmes de santé et concurrence*, Paris, Economica, 1994.
- POUVOURVILLE, G. (de), *La Nomenclature générale des actes professionnels : instrument de gestion d'un pacte social*, École polytechnique, Centre de recherches en gestion, 1985.
- SEROR, V., *L'Évaluation économique des politiques de prévention dans le domaine de la santé*, thèse de doctorat, université de Paris I, 1992.

MEDECINE PREDICTIVE

Nouvelles inégalités ou nouvelle solidarité

MOTS CLEFS : *assurance maladie* ■ *inégalité* ■ *médecine prédictive* ■ *solidarité* ■

En déchirant le voile d'ignorance qui fait que les individus sont égaux, a priori, face à la maladie, le développement de tests de prédisposition génétique à certaines pathologies risque de remettre en question la solidarité sociale en matière d'assurance maladie. Simultanément, la médecine prédictive laisse augurer des progrès considérables dans le domaine de la prévention. Cet article examine, d'une part, les développements récents de la médecine prédictive et, d'autre part, certaines de leurs conséquences pour l'avenir de nos systèmes de santé.

L'augmentation du volume de l'assurance santé, sous toutes ses formes et dans tous les pays développés, est pour une large part attribuable aux progrès scientifiques fulgurants de la médecine au cours de ces dernières décennies. Comme elles savent mieux soigner et prévenir les maladies, nos sociétés dépensent plus pour la santé. Même si cette croissance pose des problèmes économiques évidents, on ne peut nier qu'elle s'est accompagnée de progrès considérables et partagés par tous en matière d'espérance et de qualité de vie. S'il est très improbable que cette heureuse évolution s'arrête brutalement, les progrès récents ou prévisibles de la médecine sont pourtant susceptibles de faire apparaître des problèmes nouveaux dans nos sociétés. Le vieillissement de la population est probablement le plus évident. La connaissance par la médecine prédictive des prédispositions des individus à toutes sortes de maladie peut être source d'autres difficultés. L'application systématique de tests de prédisposition pourrait en effet révéler de nouvelles différences, ou inégalités, naturelles entre les individus, comparables d'un point de vue social à ce que sont aujourd'hui les handicaps physiques. Le risque existe que le développement accéléré de telles techniques déchire le « voile d'ignorance » – que Bossuet appelait la « sainte ignorance » – qui fonde dans une large mesure le système assurantiel de nos sociétés en matière de santé

* Respectivement directeur d'études à l'EHESS ; directeur de recherche scientifique à l'UAP.

et remette en question le principe de solidarité sur lequel il s'appuie de façon plus ou moins explicite. Ces techniques peuvent également avoir des conséquences importantes dans d'autres domaines, notamment celui du travail.

Nous examinons dans cet article, d'une part, les progrès actuels et prévisibles de la médecine prédictive et, d'autre part, certaines de leurs conséquences possibles en matière d'assurance santé¹. Curieusement, ce n'est pas le premier, mais le second de ces objectifs qui pourrait relever de la science-fiction. La médecine prédictive existe bel et bien et ne relève aucunement de la fiction. Il est d'ores et déjà possible de déterminer si une personne court un risque ou non de développer toute une série de maladies, des maladies monogéniques assez rares à des maladies polygéniques beaucoup plus courantes, tel le cancer du sein. On a commencé de commercialiser des kits de test de ces maladies, et les industriels de ce secteur s'attendent à une explosion du marché dans les années à venir. Par contre, on sait peu de choses sur la façon dont cette nouvelle information peut affecter la pratique assurancielle ou solidaire en matière de santé. Si les assureurs français ont décidé, en 1994, d'un moratoire en vertu duquel ils s'interdisent d'utiliser ces tests de prédisposition durant une période de cinq ans, la concurrence, le marché ou même la décision collective rendent en fait peu probable que l'on puisse empêcher très longtemps cette nouvelle information d'être employée, tout au moins dans le cadre d'une réglementation assez stricte. Dès lors, on peut imaginer qu'apparaisse une segmentation « naturelle » de nos sociétés selon le fardeau génétique des individus les prédisposant à un nombre plus ou moins grand de maladies graves. Pourquoi et comment s'effectuerait une telle segmentation ? Sera-t-il éventuellement possible de la contenir ou de reconstruire une nouvelle solidarité ? Dans quelles mesures les textes permettront-ils de mener des politiques de prévention plus efficaces ? Voilà des questions qui paraissent relever de la « science-sociale-fiction », mais dont l'examen est important, ne serait-ce que parce qu'il éclaire non seulement l'avenir, mais aussi, par contraste, le présent de nos systèmes d'assurance sociale.

I. LA MÉDECINE PRÉDICTIVE MAINTENANT ET DEMAIN

Qu'est-ce que la médecine prédictive ? L'expression a été proposée par Jean Dausset et Jacques Ruffié au début des années 80. Selon la définition de ce dernier, la médecine prédictive « consiste à prédire, dès la naissance, les situations de risques que peut connaître un sujet au cours de son existence selon deux séries de facteurs :

- » – la constitution de son patrimoine héréditaire, qui peut être plus ou moins apte à répondre à certaines conditions de l'environnement ;
- » – les types d'exigences ou d'agressions qu'il subira de la part de cet environnement et la possibilité qu'il aura d'y faire face selon ses aptitudes innées ».

1. Certaines de ces questions ont été abordées au cours d'un entretien avec Axel Kahn publié dans « Risques » n° 19.

Si le concept de médecine prédictive est récent, on avait depuis longtemps mis en évidence les deux facteurs, environnemental et héréditaire, dans l'apparition de certaines maladies : la silicose n'affecte guère que les travailleurs des mines, le risque de cirrhose du foie est très fortement lié à l'alcoolisme, tandis que l'hémophilie est transmise aux fils par les mères. La démarche nouvelle introduite par la médecine prédictive repose sur le principe que, dans toute maladie, notre patrimoine génétique et notre environnement jouent un rôle conjoint, où l'importance relative de chacun des facteurs diffère selon le type d'affection : si j'attrape la grippe, c'est manifestement parce que j'ai été exposé au virus ; si mon voisin de bureau ne l'attrape pas, c'est vraisemblablement parce que son système immunitaire fonctionne mieux que le mien. Ce qui peut paraître aujourd'hui comme une évidence – et qui avait été pressenti quatre cents ans avant notre ère par Hippocrate, qui analysait les influences de l'environnement dans son *Traité des eaux, des airs et des lieux* – a peut-être été occulté de longues années par le schéma pastorien : une maladie, un germe. L'avènement de la médecine prédictive a été rendu possible par les progrès récents de l'épidémiologie, d'une part, de la génétique, d'autre part. La première a établi des tables de fréquence de diverses pathologies en fonction de multiples facteurs qui permettent, par des calculs de probabilités conditionnelles, d'identifier les facteurs influant l'apparition de la maladie, et surtout de confirmer ou d'infirmer l'influence d'un facteur soupçonné – environnemental ou génétique. La seconde, en entreprenant le décryptage du génome humain, a commencé à percer le « voile d'ignorance » qui masquait les différences – oserons-nous dire à ce stade les inégalités ? – inscrites dès sa naissance dans le patrimoine génétique de chaque individu.

C'est la découverte de la structure en double hélice de l'ADN (acide désoxyribonucléique) par Jim Watson et Francis Crick, en 1953, qui a ouvert la voie à la génétique moderne. Notre patrimoine génétique, comme celui de toutes les espèces vivantes, animales et végétales, est en effet codé dans d'immenses molécules d'ADN. Chacun des deux brins de la double hélice est une séquence dont chaque élément est une parmi quatre molécules appelées nucléotides : adénine, thymine, cytosine, guanine, que l'on désigne par leurs initiales A, T, C, G. Ces quatre lettres constituent l'alphabet avec lequel est écrit notre génome. Le génome humain ne compte pas moins de 3 milliards de signes A, T, C ou G, répartis en 100 000 gènes de quelques milliers à quelques millions de signes. L'ADN constitutif de notre patrimoine génétique est renfermé dans les 46 chromosomes présents dans le noyau de chaque cellule du corps humain. Chaque gène a une fonction propre, qui est de contrôler une activité précise de la cellule – par exemple, de lui faire fabriquer une certaine molécule. C'est donc l'ensemble de nos gènes qui code l'activité de toutes les cellules et qui fait que tel individu aura les yeux bleus ou que les cellules de tel autre se mettront à se multiplier anarchiquement en tumeur cancéreuse. D'où l'intérêt de savoir lire et décoder l'information inscrite dans les 3 milliards de nucléotides de notre ADN...

Dès 1984, des scientifiques proposaient le lancement d'un grand programme international « Génome humain » pour coordonner au niveau de la planète l'analyse de notre ADN. Cette entreprise gigantesque devra unir les efforts de milliers de scientifiques de par le monde, coûter des milliards de dollars et durer jusque dans la prochaine décennie. On a commencé par réaliser ce qu'on appelle une « cartographie » du génome, qui consiste à découper l'ADN en 3 000 morceaux de 1 million de nucléotides chacun, puis à reconstituer la carte de ces morceaux dans l'ordre de leur succession sur l'ADN. Vient ensuite le séquençage de chaque morceau, c'est-à-dire la lecture de chacun des signes A, T, C, G qui le composent. Restera, enfin, le décodage, autrement dit la reconnaissance dans cette longue suite de 3 milliards de nucléotides de chacun des 100 000 gènes et l'identification de sa fonction particulière dans l'expression du génome.

Il existe des maladies, dites « monogéniques », qui sont causées par la déficience d'un seul gène. Ces maladies sont extrêmement nombreuses (on en a répertorié plusieurs milliers), mais fort rares : les plus habituelles, comme la mucoviscidose ou la myopathie de Duchenne, atteignent une fréquence de 0,02 % pour le sexe masculin. Aujourd'hui, les gènes des maladies monogéniques les plus fréquentes ont été identifiés, ce qui en permet la prédiction. Cependant, les symptômes de ces maladies apparaissant généralement dès les premières années de la vie, les tests génétiques ne servent le plus souvent qu'à en confirmer le diagnostic. Il existe des contre-exemples comme la polykystose rénale ou la chorée de Huntington — plus connue sous le nom de danse de Saint-Guy. Cette dernière se déclare après la quarantaine, et son issue aussi douloureuse que fatale rend l'utilisation du test génétique redoutable : vaut-il mieux savoir ou ne pas savoir ?

Mais le domaine d'application réellement significatif de la médecine prédictive est celui des maladies dites « polygéniques », dont le déclenchement est dû aux caractéristiques de plusieurs gènes, ou plus exactement à la conjonction de caractéristiques génétiques et de facteurs environnementaux. A titre d'exemple, nous examinerons rapidement l'état actuel des capacités de la médecine prédictive concernant les pathologies graves les plus fréquentes, comme le cancer, l'hypertension artérielle, le diabète ou la maladie d'Alzheimer.

De nombreux gènes favorisant l'apparition de certains cancers ont déjà été identifiés : cancers de la thyroïde, du sein, des ovaires, du colon, de la rétine... On a également analysé les facteurs cancérigènes de l'environnement : tabac pour les voies respiratoires et urinaires, alcool pour les voies digestives, soleil pour la peau, amiante (poumon et intestins), benzène (leucémies), etc. L'hypertension artérielle est clairement liée au patrimoine génétique : on a développé des lignées de rats hypertendus, dont on a isolé deux gènes qui paraissent directement responsables de l'hypertension. Les facteurs environnementaux sont, eux, bien connus : alimentation riche en graisses et sel, tabac, café, alcool, stress. Le diabète gras, que l'on a cru longtemps causé par une consommation exagérée de sucre, a été associé — pour l'une de ses formes — à un gène humain. Le diabète

maigre est encore plus clairement associé au patrimoine génétique, puisqu'on a créé des lignées de souris et de rats diabétiques. En ce qui concerne la maladie d'Alzheimer, on a identifié un gène dont la présence multiplie par quatre la probabilité d'en être atteint, par huit si deux copies du gène sont présentes.

Pour nombre de ces maladies dont un gène « favorable » a été identifié, des laboratoires américains commercialisent déjà des tests génétiques, pour des sommes variant entre 200 dollars (Alzheimer) et 500 dollars (cancer de la thyroïde). Ce qui montre à la fois que la médecine prédictive est déjà une réalité mais aussi qu'elle est encore très limitée dans ses applications, puisqu'elle ne reconnaît qu'un petit nombre de maladies et que, même si elle s'appliquait à un plus grand nombre, au rythme de quelques centaines de dollars par pathologie, un « profil de santé prédictif » coûterait une fortune...

Cependant, on peut utiliser pour caractériser le patrimoine génétique une technique plus grossière que le décodage du génome, plus ancienne aussi, puisqu'elle est issue des travaux de Jean Dausset dans les années 60, mais qui, pour beaucoup moins cher, donne déjà des indications significatives pour plusieurs dizaines de maladies, dont certaines assez fréquentes. Il s'agit du typage HLA, autrement dit de la détermination du groupe de compatibilité entre donneur et receveur de greffe d'organe. Les types HLA sont héréditaires, comme les groupes sanguins, dont ils sont en quelque sorte la généralisation aux autres cellules que les cellules du sang. On a remarqué que certaines pathologies étaient fréquemment associées à certains types HLA, ou plus précisément que les risques de développer ces pathologies étaient beaucoup plus élevés pour certains HLA : la spondylarthrite ankylosante est 88 fois plus fréquente chez les HLA B27 ; l'herpès, 15 fois plus chez les DR3 ; le psoriasis, 13 fois plus chez les Cw6, etc. Sachant qu'un typage HLA complet coûte un millier de francs, on commence à avoir un profil de risques dans des conditions économiques acceptables. Là encore, il convient cependant de relativiser : pour prendre l'exemple d'une affection assez fréquente comme le diabète insulino-dépendant, le risque relatif associé aux types DR3-DR4 est de 12, mais le risque absolu qu'un individu DR3-DR4 développe un diabète n'est que de 0,6 %.

Aujourd'hui, l'intérêt d'une utilisation systématique de tests génétiques à des fins de médecine prédictive est donc voisin de zéro, sauf peut-être pour lever une incertitude en cas d'antécédents familiaux : on cite le cas d'une Américaine qui s'était vu refuser une assurance vie parce que son père était décédé de la chorée de Huntington, alors que l'utilisation du test approprié aurait permis de lever le doute. La situation évoluera inéluctablement, au fur et à mesure de l'identification de nouveaux gènes et de leur association à de nouvelles maladies. Il sera un jour possible – dans cinq, dix ou quinze ans... – de définir le profil génétique pathogène d'un individu et de le comparer à la moyenne. Très probablement, ce profil génétique pourra aussi donner des indications sur l'espérance de vie, puisque des chercheurs français ont établi que les HLA CW1 et CW7 sont significativement plus fréquents chez les nonagénaires. Il convient cependant de ne pas ou-

blier que le facteur génétique n'est que l'un des facteurs de la médecine prédictive, et que le facteur environnemental joue aussi un rôle. Les études épidémiologiques, de même qu'elles permettent de mesurer les prédispositions génétiques, évaluent avec la même précision les risques relatifs liés à l'environnement : par exemple, on a calculé que le risque d'accident vasculaire cérébral est 6 fois plus élevé chez la femme qui fume, et 22 fois plus si la fumeuse prend la pilule. C'est même là que réside l'intérêt principal de la médecine prédictive, d'amener à une médecine préventive : l'individu qui se saurait porteur d'un gène de prédisposition au cancer bronchique pourrait être plus motivé pour s'abstenir de fumer... Du strict point de vue assurantiel, c'est donc une combinaison du profil génétique et du comportement qui devra être prise en compte.

II. TESTS GÉNÉTIQUES ET ASSURANCE SANTÉ : UN SCÉNARIO D'ÉCOLE

Dans tous les pays, l'assurance maladie pose des problèmes particuliers qui font que ce risque n'est pas assuré comme n'importe quel autre risque. De façon à bien mettre en lumière les implications éventuelles de la médecine prédictive pour nos systèmes de santé, passons momentanément sur ces problèmes et imaginons que le risque de contracter une certaine maladie – ou certaines conséquences de cette maladie, comme la dépendance – fasse l'objet d'un contrat d'assurance traditionnel offert par les sociétés présentes sur le marché. Posons par exemple qu'il est possible de souscrire un contrat par lequel l'assureur s'engage à verser à l'assuré une certaine somme, au cas où celui-ci développerait la maladie X, somme dont on supposera par ailleurs qu'elle « compense » rigoureusement la personne atteinte (ou ses ayants droit) du coût total, matériel et psychologique, de cette maladie. Au vu des systèmes réels d'assurance santé, il est évident qu'il s'agit là d'hypothèses grossièrement simplificatrices – bien qu'il existe déjà sur le marché des assurances partielles comparables au contrat précédent (assurance dépendance, assurance maladie redoutée, etc.). Ce cas d'école est seulement destiné à illustrer la nature des problèmes généraux que risque de poser l'apparition de la médecine prédictive. Nous reviendrons par la suite à une situation plus proche de la réalité.

Afin de mettre en évidence les modifications que la médecine prédictive est susceptible d'entraîner dans l'assurance du risque de maladie, nous considérerons d'abord le cas où aucune information n'est disponible *a priori* sur le risque qu'un individu donné souscrivant une assurance à un âge donné contracte la maladie X durant un délai prédéterminé (et inscrit au contrat). Ce sera l'époque 0 de notre scénario d'école. L'époque 1 correspondra, elle, à la mise sur le marché médical d'un test de prédisposition et à la transformation qui ne pourra manquer d'en découler du marché de l'assurance de la maladie X, tant que cette assurance relèvera effectivement du seul marché. La conclusion essentielle de cette partie de l'analyse est que, selon un principe simple de concurrence, l'on ne pourra guère s'opposer à ce que l'information sur la prédisposition à la maladie X n'in-

terviennent explicitement dans les contrats privés passés entre assureurs et assurés. La demande en sera d'ailleurs faite par les assurés eux-mêmes ou, plus exactement, par ceux d'entre eux dont le test sera négatif ! A ce stade du processus, cependant, l'information sur la prédisposition à la maladie X n'est que privée, c'est-à-dire détenue par les individus qui ont passé le test, et éventuellement leurs assureurs. A l'époque 2 du scénario, il est possible au contraire de voir cette information devenir publique et le test de prédisposition à la maladie X obligatoire. C'est tout au moins dans cette direction que suggérera de s'orienter le critère de l'efficacité économique, même si une telle décision doit s'accompagner, à une époque ultérieure, d'un traitement social du véritable « handicap physique » que représente une trop grande prédisposition à la maladie X.

■ **Époque 0** : voile d'ignorance et « solidarité »

On ne sait rien des prédispositions à la maladie X, si ce n'est qu'elle frappe de façon parfaitement aléatoire une fraction p , disons 1 %, des individus ayant passé un certain âge². On estime par ailleurs le « coût » de la maladie à 100 kilofrancis. On peut par exemple supposer que la maladie n'est pas fatale et que ce coût comprend le traitement ainsi qu'une compensation « psychologique » du handicap permanent créé par la maladie. En simplifiant très grossièrement, cela signifie que, toutes choses égales par ailleurs, un individu qui ne contracte pas la maladie et un individu atteint de X ont le même niveau de « bien-être » si le second reçoit 100 kilofrancis lorsque la maladie s'est déclarée.

Comment intervient l'assurance dans un tel cadre ? Si les individus ont une aversion pour le risque, ils chercheront à se protéger contre la maladie X. Si seule une assurance complète est disponible, le jeu de la concurrence conduira les assureurs à assurer tous les individus pour une cotisation égale à p fois 100 kilofrancis, soit 1 000 francs (en ignorant ici le coût de fonctionnement des assureurs), cotisation à acquitter une fois pour toutes à un certain âge, antérieur à celui où peut se déclarer la maladie. En théorie, on sait que, face à un contrat actuariellement neutre, tous les individus ayant une aversion pour le risque souscriront une telle assurance.

Le jeu concurrentiel de l'assurance (en l'absence de coûts de fonctionnement) conduit à la mutualisation complète du risque associé à la maladie X et donc à une complète « solidarité sociale ». Le coût net de la maladie est celui de la cotisation. *A priori* et *a posteriori*, c'est-à-dire avant et après que la maladie a pu se déclarer, les individus sont donc égaux devant la maladie. L'assurance est socialement équitable.

Une petite modification est à apporter lorsque les individus n'ont pas la même aversion pour le risque. Ceux qui ont le moins d'aversion peuvent vouloir s'assurer partiellement (pour un montant inférieur à 100 kilofrancis) en échange d'une

2. Les coefficients numériques retenus dans cet exemple n'ont été choisis qu'à des fins d'exposé et ne correspondent pas à un cas réel.

cotisation plus faible. La concurrence entre assureurs conduira alors à une gamme de contrats correspondant aux diverses aversions pour le risque des agents. L'équité sociale est cependant préservée. Même si le coût espéré de la maladie diffère d'un agent à un autre, cette différence est compensée par une aversion pour le risque distincte.

■ **Époque 1.** *Apparition de tests de prédisposition à la maladie : la différenciation sociale par la concurrence*

Est lancé sur le marché médical un test permettant d'identifier les prédispositions à la maladie X. De ce point de vue, les phénomènes génétiques font que la population se divise en deux groupes. Dans le groupe A, le risque de maladie n'est que de 0,5 %, tandis qu'il est de 1,5 % dans le groupe B. Les deux groupes ont des effectifs égaux de telle sorte que la fréquence globale de la maladie reste égale à 1 %.

Supposons que l'ensemble de la population subisse ce test. Nous reviendrons plus tard sur l'incitation individuelle à un tel geste. Une nouvelle information est donc apparue : chaque individu sait maintenant qu'il est A ou B. L'ancien équilibre concurrentiel n'est plus tenable. Les A vont s'empressez de montrer aux assureurs les résultats du test pour les convaincre de leur offrir une cotisation inférieure aux 1 000 francs initiaux. Par défaut, ceux qui n'offriront pas aux assureurs de montrer les résultats de leur test seront considérés comme faisant partie du groupe B des mauvais risques ou, du moins, comme ayant une probabilité accrue d'en faire partie. Même si initialement il n'y avait qu'un seul contrat offert du fait d'une aversion pour le risque égale chez tous, la concurrence entre assureurs et entre assurés va faire maintenant que deux contrats seront offerts : les A obtiendront une couverture complète avec une prime de 500 francs sur présentation de leur test, tandis que ceux qui ne voudront pas exhiber le résultat de leur test devront acquitter une cotisation supérieure au niveau initial de 1 000 francs. Cette cotisation sera même égale à 1 500 francs si la totalité de la population subit le test. Dans ce cas, en effet, seuls les B se trouveront dans la situation de ne pas vouloir exhiber les résultats de leurs tests, et la fréquence actuarielle de la maladie dans ce groupe se révélera bien égale à 1,5 %. Il est cependant possible que cette fréquence diminue si des mesures de prévention sont disponibles pour les individus prédisposés à la maladie.

La dernière partie du raisonnement précédent aide par ailleurs à comprendre pourquoi, sur une base strictement économique, l'ensemble de la population aura intérêt à passer le test, tout au moins si son coût est suffisamment faible : ne pas passer le test revient à payer avec certitude la cotisation la plus élevée, supérieure à la prime initiale de 1 000 francs, tandis que passer le test offre une chance de 50 % de payer la prime la plus faible, soit 500 francs. À l'équilibre, il est donc dans l'intérêt de chaque individu de passer le test. On peut néanmoins concevoir qu'il y ait un coût psychique à savoir que l'on est de type B plutôt que A et que ce coût contrebalance l'avantage économique précédent. Dans ce cas, il y aura ef-

fectivement une partie de la population qui ne passera pas le test et la cotisation moyenne de ceux que les assureurs considéreront comme des mauvais risques sera inférieure à 1 500 francs (mais supérieure à la prime initiale de 1 000 francs).

Il faut remarquer que, dans ce schéma, les assureurs n'imposent en aucun cas à leurs clients potentiels de passer le test. A partir du moment où il est connaissance commune (des assureurs et assurés) que toute personne de type A présente une probabilité plus faible de développer la maladie et quelle est cette probabilité, c'est la concurrence entre assurés qui va amener ceux qui sauront qu'ils sont de type A à montrer le résultat de leurs tests aux assureurs et à les convaincre de leur consentir un contrat plus favorable que le contrat initial, c'est-à-dire une cotisation inférieure à 1 000 francs pour une assurance complète. De ce point de vue, interdire aux assureurs de réclamer les résultats de test de prédisposition à la signature d'un contrat serait sans effet. Ce sont les assurés de type A qui apporteront spontanément leurs résultats !

On ne saurait non plus interdire aux assureurs d'utiliser les résultats des tests de prédisposition produits par leurs clients, car ils n'ont même pas besoin de connaître le résultat de ces tests pour départager la population entre bons et mauvais risques. Il leur suffit de proposer divers contrats. Un contrat à couverture partielle et faible cotisation, et un contrat à couverture plus large – éventuellement complète – et à forte cotisation. Si les taux de couverture et les cotisations de ces deux contrats sont dans certaines proportions, les individus de type A s'auto-sélectionneront en choisissant le premier contrat, tandis que les individus B, et ceux qui refuseront de passer le test, retiendront le second.

La discrimination des deux types de risques sera moins nette dans le cas où les individus ont des aversions pour le risque distinctes. Le contrat à couverture partielle et faible cotisation sera choisi par des A ou des B à faible aversion pour le risque, tandis que l'autre contrat sera acheté par des B ou des A à forte aversion pour le risque. Avec de l'hétérogénéité par rapport à cette dernière caractéristique, il est par ailleurs évident que plus de deux contrats seront offerts sur le marché, et que la distinction entre A et B sera moins nette.

Il restera vrai, cependant, que, en moyenne, le coût espéré de la maladie sera plus élevé pour les B que pour les A. A la limite, il sera de 1 500 francs pour les premiers et seulement de 500 francs pour les seconds. Le déchirement du voile d'ignorance fait donc apparaître une différenciation sociale fondée sur les prédispositions à la maladie X : les individus savent qu'ils ne sont plus égaux devant la maladie, et la solidarité sociale se défait en partie. Notons cependant que la mutualisation n'aura plus lieu qu'au sein de chacune des deux populations A et B.

■ **Époque 2.** *Les résultats des tests deviennent publics : la segmentation sociale*

On peut montrer que l'équilibre précédent par auto-sélection entre divers types de contrats n'est pas efficace dans la mesure où il est possible d'améliorer le sort des A et celui des B en leur proposant des contrats plus performants. Par exemple, l'auto-sélection peut avoir lieu par le biais d'un contrat à couverture

partielle retenu par les A, alors que ceux-ci peuvent préférer un contrat à couverture totale contre une cotisation de 500 francs. Parvenir à un équilibre efficace de ce point de vue exige maintenant que l'appartenance aux groupes A et B soit connue par les assureurs potentiels. A la fin de l'époque 1, il apparaîtra clairement qu'il est dans l'intérêt de tous que les assureurs puissent avoir accès aux résultats des tests, sauf, encore une fois, dans le cas où le coût matériel et psychologique du test est trop élevé. Si l'on n'est pas dans cette situation, le test de prédisposition sera alors officialisé dans les contrats d'assurance, voire rendu obligatoire.

La segmentation sociale sera alors complète, avec un système d'assurance contre la maladie X distinct pour les A et les B. L'inégalité de la nature, révélée par les tests, aura été intégralement communiquée à la sphère économique sans qu'il n'y ait plus aucune redistribution entre les deux groupes.

Comment pourra-t-on rétablir l'équité sociale initiale dans une telle situation ? La réponse est simple, même si elle peut relever pour l'instant de la politique fiction : il suffit de redistribuer des A vers les B sur la base des tests de prédisposition. Initialement, le coût espéré de la maladie et les cotisations d'assurance étaient pour tous de 1 000 francs. Avec la segmentation totale obtenue à l'époque 2, ils sont maintenant de 500 francs pour les A et de 1 500 francs pour les B. La solution est immédiate. L'État doit rendre le test de prédisposition obligatoire et, sur communication des résultats, imposer les A de 500 francs et transférer 500 francs aux B. De cette façon, l'équité sociale est rétablie tout en maintenant toute son efficacité au marché (segmenté) de l'assurance.

Cette formule est évidemment extrême, et il est peu probable qu'elle puisse jamais être appliquée telle quelle. Les difficultés à mettre en œuvre une telle redistribution sont évidentes. Comment exiger, par exemple, le paiement d'un impôt de la part d'un individu à faible revenu qui a la « malchance » d'avoir une faible prédisposition à la maladie ? Si elle doit se faire, cette redistribution passera par d'autres canaux.

III. QUE POURRAIT-IL EN ÊTRE EFFECTIVEMENT ?

La complexité du monde réel peut certainement retirer de sa pertinence au scénario qui précède. Il suffit ainsi de considérer simultanément plusieurs pathologies et de supposer des distributions relativement indépendantes des prédispositions à ces pathologies dans la population pour que la segmentation précédente n'ait pas lieu, une prédisposition relativement plus forte à la pathologie X chez un individu se voyant compensée par une prédisposition relativement plus faible à la pathologie Y ou Z. De tels phénomènes de « compensation » ont déjà été mis en évidence : on sait, par exemple, que l'HLA DR2 augmente le risque de sclérose en plaque, mais diminue le risque de diabète insulino-dépendant. Pour peu que les tests de prédisposition à ces maladies soient coûteux, on conçoit alors qu'un système d'assurance maladie n'aurait pas intérêt à discriminer les assurés selon leurs prédispositions à toutes les pathologies considérées comme

graves, c'est-à-dire à traitement lourd. Le voile d'ignorance se maintiendrait donc du fait du nombre, de la diversité et de la relative indépendance statistique des pathologies à prendre en compte.

On peut aussi penser que, face à cette diversité, se développeront des tests qui permettront de mesurer une prédisposition « globale » à un ensemble de pathologies graves et attribuant à chaque individu une certaine probabilité de développer l'une de ces maladies. Si ces probabilités globales sont suffisamment hétérogènes dans la population, alors le phénomène de segmentation décrit précédemment sera difficilement évitable, soit par le biais des mécanismes d'assurance (ou assurance complémentaire) que l'on a détaillés, soit même par la remise en question des dispositifs publics d'assurance santé. En effet, même dans un tel système, il est évident que l'apparition de tests de prédisposition à des pathologies graves conduira une majorité d'individus dont les risques seront les plus faibles à réclamer pour l'ensemble du système des traitements moins lourds et une cotisation moins élevée, à charge pour les individus à risque de se couvrir par des assurances complémentaires. Quel que soit le système considéré, la segmentation sociale aura bien tendance à relayer toute hétérogénéité observée de la population face aux risques de pathologies graves.

Un argument important qui explique que l'utilisation de tests de prédisposition et la nature de ces tests eux-mêmes se développeront nécessairement de façon accélérée dans les années qui viennent est celui de la prévention. On a vu que la plupart des pathologies résultent d'un facteur génétique et d'un facteur environnemental. Il est donc de première importance pour tout individu de connaître ses prédispositions génétiques à telle ou telle maladie de façon à contrôler son environnement et à diminuer la probabilité d'apparition de la pathologie à laquelle il est prédisposé : ne pas fumer si l'on est prédisposé à un cancer du poumon, ne pas s'exposer au soleil si l'on est prédisposé à un cancer de la peau, etc. Il est évident que cette attitude de prévention dictée par l'intérêt individuel est aussi d'intérêt public, puisque, toutes choses égales par ailleurs, elle contribue à une diminution globale des risques de santé et donc à une charge d'assurance moins lourde. Indépendamment des mécanismes assuranciers analysés plus haut, on a donc là éventuellement une autre raison de développer les tests de prédisposition ou même, dans certains cas, de les rendre obligatoires. Cacher les différences individuelles de prédisposition à certaines pathologies graves serait à tous les points de vue inefficace.

Comment empêcher cependant que l'hétérogénéité éventuelle de la population face à ces risques ne se transforme en véritable inégalité sociale, à travers un système différencié d'assurance maladie ? Le système imaginé plus haut de transferts aux nouveaux « handicapés » que seront les individus ayant hérité d'un patrimoine génétique défavorable est irréaliste. Dans la ligne du système existant de protection sociale, il est plus probable qu'on cherchera à en rester au système d'assurance obligatoire et uniforme que nous connaissons aujourd'hui. Le taux étant le même pour tous, l'équité est assurée ; l'assurance étant obligatoire, il ne

peut y avoir de sélection négative — seuls les individus à risque venant s'assurer — et le système est en théorie équilibré, le transfert des individus à faible risque vers les individus à fort risque s'opérant automatiquement par la péréquation des tarifs.

Comme on l'a vu, cette solution ne saurait empêcher l'apparition de forces centrifuges s'il se révèle qu'au total la population est suffisamment hétérogène en termes de prédisposition aux pathologies graves. Par ailleurs, elle risque également d'entraîner une déresponsabilisation des individus en faisant des prédispositions génétiques une fatalité inéluctable : si je dois de toute façon mourir d'un cancer du poumon, autant en « profiter » et avoir eu le plaisir de fumer comme un pompier ! Elle rendrait ainsi ineffective la médecine prédictive dans son utilité primordiale de médecine préventive, soit le comportement contraire du précédent : si je sais que je cours un plus grand risque de développer un cancer du poumon, et si je suis responsable, je m'abstiendrai de fumer. De ce point de vue, je serai d'autant plus facilement responsable que la cotisation d'assurance sera proportionnelle au risque, et que les calculs actuariels de celle-ci tiendront compte des facteurs environnementaux au même titre que des facteurs génétiques, ce qui permettra de limiter, voire d'annuler, les surprimes de risques dues aux particularités génétiques. Comme pour l'assurance automobile obligatoire, faudra-t-il alors envisager un système bonus-malus, et selon quelles modalités ? En tout état de cause, notre système d'assurance santé devra trouver un nouvel équilibre entre mutualisation et gestion actuarielle, entre uniformité et segmentation, entre solidarité sociale et efficacité économique.

Avant de conclure, évoquons rapidement un autre domaine où l'introduction des tests génétiques pose de graves problèmes à la société : celui de l'emploi. Sur le plan réglementaire, la situation est claire : les directives du Bureau international du travail rejettent l'utilisation de ces tests à l'embauche. Mais, avec le développement des tests génétiques, les lois du libre marché ne vont-elles pas faire apparaître, indépendamment de la volonté et du comportement des employeurs, la même segmentation sociale que pour les assurances ? Les candidats à l'embauche bénéficiant de tests favorables n'insisteront-ils pas pour en faire état eux-mêmes, dans l'espoir d'en tirer un avantage concurrentiel ? Par ailleurs, l'interdiction faite à l'employeur d'accéder à l'information génétique du salarié, en interdisant les mesures de prévention qu'aurait pu recommander la médecine prédictive, ne risque-t-elle pas de se retourner contre ce dernier et d'être en fin de compte nuisible à la santé publique ? On sait par exemple que le type HLA B27 multiplie par 88 les risques de spondylarthrite ankylosante : sachant qu'il n'existe aucune autre mesure de prévention, ne serait-il pas prudent pour les individus concernés d'éviter les professions traumatisant la colonne vertébrale, comme la conduite d'engins de chantier ? La question peut d'autant moins être éludée que l'on découvre chaque année de nouvelles prédispositions génétiques à des maladies jusqu'alors considérées comme essentiellement professionnelles : l'HLA B12 prédispose à la fibrose de l'amiante, le DR5 à la sclérodémie du chlorure de

vinyle ; nombre de maladies auto-immunes, d'origine génétique, peuvent être révélées par certains produits chimiques industriels. La médecine du travail ne risque-t-elle pas de voir sa responsabilité engagée si elle n'a pas utilisé tous les moyens de prévention à sa disposition – y compris les tests génétiques ?

La vérité est que, dans ce domaine comme dans bien d'autres, l'égalité en droit n'est pas une égalité en fait. Depuis la Déclaration des droits de l'homme, les sociétés démocratiques ont multiplié les mesures pour tenter de rétablir l'égalité en droit en dépit de l'inégalité en fait. Initialement, ce traitement social de l'inégalité a été essentiellement juridique. Avec les progrès des outils dont dispose la puissance publique, les mesures se sont diversifiées : l'enseignement obligatoire réduit les inégalités culturelles ; la fiscalité vise à diminuer les inégalités économiques ; les monopoles d'EDF ou de la Poste, les inégalités géographiques ; les assurances sociales, l'inégalité devant la santé. Cet article a tenté de montrer que l'apparition des tests génétiques, en déchirant le « voile d'ignorance », va inéluctablement déclencher des pressions sociales et économiques fortes qui s'opposeront à un traitement égalitaire de l'inégalité devant la santé. Comme le remarque Marie-Angèle Hermitte, « imposer l'égalité entre des individus que l'on ne sait pas distinguer n'est déjà pas facile ; imposer l'égalité entre des individus alors que l'on détient la preuve scientifique de leur inégalité devient héroïque ». Face aux nouvelles inégalités révélées par la médecine prédictive, il faudra à nos sociétés du XXI^e siècle beaucoup d'héroïsme et beaucoup d'imagination pour réinventer une nouvelle solidarité ■

RUBRIQUES

Risk management

Jean-Paul Louisot

Formation et gestion des risques

Précaution

Herman Cousy

A propos de la notion de précaution

FORMATION ET GESTION DES RISQUES

MOTS CLEFS : ARM ■ *risk manager* ■ *risques purs* ■ *risques spéculatifs* ■ *sécurité* ■

La gageure de définir une formation pour les gestionnaires des risques réside dans la définition à géométrie variable de la fonction, dans l'espace et dans le temps. En résumé, qui forme-t-on pour quels savoir-faire ? Il existe deux conceptions extrêmes de la fonction :

- la conception « minimaliste », qui limite le rôle du gestionnaire des risques au traitement des risques « assurables » ; mais n'est-ce pas limiter sa fonction à celle d'un chargé d'assurance ?
- la conception « maximaliste », qui englobe l'ensemble des situations à risques de l'entreprise dans une stratégie globale de la sécurité ; mais ne risquons-nous pas d'inquiéter par une définition sans limites ?

Par-delà les formations initiales, l'association des risk managers, l'Amrae, et le CNPP se sont associés avec l'Insurance Institute of America pour offrir en France une formation de référence adaptée aux réalités européennes, mais reconnue sur le plan mondial : c'est ainsi que se forment en ce moment même les premiers associés en risk management (ARM) « made in France ».

Pour aborder efficacement la question de la formation pour un métier donné, que ce soit en terme de connaissances ou de savoir-faire, encore faut-il connaître et comprendre le contenu de ce métier. Dans la mesure même où la formation s'adresse à de nouveaux praticiens, étudiants ou déjà dans l'entreprise, cette formation doit les préparer à affronter non seulement les défis d'aujourd'hui, mais encore ceux de demain, et même pour les deux ou trois décennies à venir. Or il n'y a pas aujourd'hui en France de consensus universel sur une définition de la gestion de risques en tant que fonction, encore moins sur son développement prévisible à moyen ou à long terme. Malgré cela, nombre de filières de formation initiale ou continue offrent des cursus présentés comme préparant à la gestion des risques dans les entreprises et les collectivités. Pour essayer d'y voir un peu plus clair, il faut définir le champ d'étude, les instruments de la gestion des risques et se faire une idée sur les pratiques actuelles avant d'évoquer les filières diplômantes ou certifiantes offertes en France.

* Associate risk management, chargé de mission à l'Amrae et au CNPP.

I. CHAMP D'ÉTUDE DE LA GESTION DES RISQUES

Si les spécialistes s'entendent globalement pour limiter le terrain de la gestion des risques aux pertes accidentelles, en revanche, chacun a sa propre définition du terme « accidentel » et donc du contenu de sa fonction. Dans la définition traditionnelle, la plus étroite, mais encore très répandue, le terme « accidentel » ne recouvre que des situations de « risques purs ». C'est-à-dire celles qui débouchent sur l'alternative simple perte ou non-perte.

L'issue la plus favorable pour une organisation confrontée à un risque pur est donc de sortir indemne. C'est le cas pour l'incendie, le bris de machine, la maladie, l'engagement d'une responsabilité.

Cette définition exclut du champ d'étude les « risques d'entreprise » ou « risques spéculatifs ». Ces risques se présentent dans les cas d'avenir incertain où l'issue peut être positive (un gain), négative (une perte) ou nulle. C'est le cas le plus fréquent pour les entreprises qui entreprennent un projet comportant des risques avec l'espoir d'en tirer un bénéfice. Lancer un nouveau produit, modifier un produit existant, baisser un prix pour attirer de nouveaux clients, acheter ou vendre des obligations sont autant de décisions que prennent les entreprises dans le dessein d'en tirer un profit.

Dans la définition traditionnelle, la gestion des risques se limite strictement à mettre en place les moyens de remédier aux situations de risques purs et non pas à trouver des solutions pour atteindre ces profits spéculatifs.

Cependant, il existe une approche plus large abandonnant la distinction entre « pur » et « spéculatif ». Dans ce cadre, on entend par « accidentel » toutes les pertes non planifiées de l'organisation. Il suffit que les activités soient perturbées au détriment des employés, des clients, des actionnaires. Dès lors, même la baisse brutale d'un prix sur un marché, la disparition par faillite d'un fournisseur unique, la grève des salariés, l'impossibilité d'obtenir un emprunt entrent dans le champ d'action du risk manager. Il déborde alors largement de son rôle traditionnel.

Les périls tels que l'incendie, le tremblement de terre, la responsabilité et tous les autres événements soudains destructeurs sont classés dans la catégorie des « risques divers ».

Parallèlement, dans la conception élargie de la fonction, des vulnérabilités d'une autre nature entrent dans le champ accidentel :

- les risques de liquidités (insuffisance de trésorerie ou autres actifs liquides pour un fonctionnement normal) ;
- les risques de marchés (impossibilité de vendre ou d'acheter les biens traditionnellement vendus ou achetés par l'entreprise sur ses marchés habituels et dans des conditions normales de qualité et de prix) ;
- les risques politiques (du fait de l'action de gouvernements qui exproprient, apportent des restrictions à l'activité de l'entreprise ou lui imposent des taxes exorbitantes) ;
- les risques de développement (impossibilité de connaître les dangers à long terme des nouveaux produits mis sur le marché) ;

– les risques d’obsolescence (incapacité de suivre l’évolution technologique du secteur).

Des événements non prévisibles (ou non prévus) dans tous ces domaines peuvent provoquer des pertes non planifiées, donc inattendues ou « accidentelles ». S’atteler à une tâche aussi vaste suppose une connaissance tout aussi vaste des principes du risk management... et de l’entreprise !

Ceux qui s’en tiennent à la définition traditionnelle rappellent l’origine de la gestion des risques née de l’assurance ; c’est-à-dire de la prévention des accidents ou de leur financement compensatoire dans une approche patrimoniale. Or, précisément, les assureurs ne s’intéressent qu’aux « risques purs ».

Tenant de l’orthodoxie ou non, tous reconnaissent que la frontière entre risques « purs » et « spéculatifs » devient de plus en plus difficile à tracer : le rôle de la gestion des risques est d’organiser la survie de l’organisation en toute circonstance. Dès lors, il importe peu que le « sinistre » soit consécutif à un incendie, à une procédure judiciaire ou à une mauvaise décision de gestion. Une organisation ne peut survivre ni à une inondation ni à un échec commercial dû à un produit inadapté.

Pour les « maximalistes » de la fonction, le risk management doit s’intéresser à toutes les vulnérabilités. Poussée à son extrême, cette logique conduirait à impliquer la gestion des risques dans toutes les décisions stratégiques, voire à la substituer à la direction de l’entreprise !

Sans aller jusque-là, force est de constater que le risk management ne peut ignorer les risques d’entreprise. Les imbrications entre risques purs et risques d’entreprise sont telles qu’il est souvent vain de vouloir les séparer à tout prix.

Lors du rachat d’une entreprise ou de la construction d’une implantation nouvelle, les motivations des dirigeants sont de nature spéculative. Il n’empêche que ces nouveaux sites modifient le profil de risques de l’entreprise. Le facteur doit être intégré dans le processus de décision : ces « risques », nouveaux ou modifiés, ont un coût qui a un impact sur la rentabilité de l’opération.

Il est ainsi possible de donner une définition générale de la fonction : la gestion des risques est un processus de prise de décision et de mise en œuvre des instruments qui permettent de réduire l’impact des risques accidentels pesant sur toute organisation à un niveau compatible avec le respect de ses objectifs fondamentaux (missions). Le processus de décision comporte cinq étapes et la mise en œuvre suppose que le risk manager assume les quatre facettes (planification, organisation, animation et contrôle) de l’action de tout cadre supérieur.

II. LES INSTRUMENTS DE LA GESTION DES RISQUES...

Pour mémoire, on rappelle que le processus de prise de décision en gestion des risques évoqué plus haut est traditionnellement décomposé en cinq étapes qui consistent à :

- identifier les vulnérabilités de l'organisation qui pourraient l'empêcher d'atteindre ses objectifs fondamentaux ;
- examiner les instruments de risk management disponibles pour traiter ces vulnérabilités ;
- choisir l'(les) instrument(s) approprié(s) ;
- mettre en œuvre l'(les) instrument(s) retenu(s) ;
- contrôler les résultats obtenus et vérifier l'efficacité du programme.

Les instruments de traitement des risques auxquels il est fait référence sont classés en deux grandes catégories :

- les instruments de réduction (techniques, organisationnels ou juridiques) pour réduire la fréquence et/ou la gravité des sinistres potentiels ;
- les instruments de financement pour dégager la trésorerie exceptionnelle pour compenser les pertes induites par un sinistre qui, malgré la réduction, survient.

Pour remplir ses missions, le gestionnaire des risques doit donc :

- connaître et maîtriser les instruments de traitement des risques ;
- connaître son organisation ;
- avoir une culture pluridisciplinaire de la gestion des organisations ;
- avoir une bonne capacité de communication et de conviction.

III. ... ET LA RÉALITÉ DE LA FONCTION EN FRANCE ET EN EUROPE

Un certain nombre de grandes lignes se dégagent des différentes études de terrain réalisées en matière de gestion de risques (enquêtes Acadef, livre de J. Charbonnier et enquêtes financées par les grands courtiers – en 1993, Gras Savoye et Sedgwick). La fonction n'est généralement identifiée que dans les grands groupes, et se retrouvent :

- un positionnement hiérarchique élevé : souvent de niveau 3 ou 4 avec un rattachement fréquent à un membre du comité de direction (secrétariat général, direction juridique et, de plus en plus souvent, direction financière) ;
- un champ d'action large : un domaine de gestion directe limité à l'assurance, mais une responsabilité élargie à l'ensemble des risques, c'est-à-dire des événements aléatoires pouvant remettre en question le patrimoine ou, mieux, les objectifs de l'entreprise ;
- une autorité fonctionnelle : le gestionnaire des risques agit avant tout comme un conseiller interne de la direction générale pour définir la stratégie « risque » ou, mieux, « sécurité des objectifs » de l'entreprise, et comme un consultant pour les responsables opérationnels pour la mise en œuvre dans les unités.

Ce sont d'ailleurs là les trois critères essentiels qui caractérisent le gestionnaire des risques, en particulier par rapport au chargé d'assurance traditionnel. Il s'agit de la définition élargie de la fonction comme volet « aléatoire » de la stratégie d'entreprise. De ces quelques éléments clefs dérive un profil pour l'homme ou la femme qui incarneront la fonction : une culture pluridisciplinaire de l'entreprise

avec une capacité importante de communication et de conviction avec tous les niveaux hiérarchiques de l'organisation et, en outre, une curiosité toujours en éveil.

IV. QUELLE(S) FORMATION(S) POUR LES RISK MANAGERS...

Il ne s'agit pas de passer en revue toutes les filières de l'enseignement supérieur dont peuvent être issus les gestionnaires de risques en fonction aujourd'hui. Il n'existait pas de filière spécialisée quand ils faisaient leurs études supérieures : leurs formations initiales reflètent en général la culture dominante de leur entreprise et l'accent mis sur tel ou tel aspect de la fonction.

Il existe des formations qui complètent une formation initiale, essentiellement scientifique, pour aborder des aspects spécifiques de la fonction :

- le mastère de « sûreté et prévention des risques technologiques majeurs » de l'École centrale de Paris ;
- le mastère « sécurité industrielle et environnement » de l'École nationale supérieure des techniques et des mines d'Alès ;
- le mastère « gestion des risques industriels et humains » de l'Ensam d'Angers.

Nous ne cherchons pas à recenser systématiquement toutes les formations initiales ou continues couvrant un axe spécifique de la fonction, non plus que les formations généralistes donnant une « ouverture » sur la gestion des risques.

En revanche, il convient de faire une place spéciale aux agréments offerts par le CNPP avec les trois filières incendie, malveillance et environnement : les agréés interviennent dans les processus de gestion des risques des entreprises parfois en tant que risk managers eux-mêmes, le plus souvent comme ingénieur de sécurité ou dans une équipe interne de risk management, mais encore par le biais des sociétés de service (consultants ou courtiers) et chez les assureurs (inspection technique, etc.).

Dans un article récent (in *Global Risk Management*, 1993, p. 125-127), le Dr George Head, vice-président de l'Institute of Insurance of America, reconnaît la géométrie variable de la fonction en identifiant cinq approches, qui s'inscrivent dans le spectre évoqué ci-dessus, accompagnées par cinq types de curriculum auxquels peuvent être rattachées les différentes filières ARM offertes en France.

On notera que les filières de la « gestion de la sécurité » évoquée plus haut pourraient s'inscrire comme une sixième approche dans la typologie retenue par le Dr George Head.

1. Le modèle gestion des assurances.

Il s'agit de l'approche minimaliste de la fonction en se concentrant sur les risques assurables par nature et sur les choix de financement liés à l'offre des assureurs, termes du contrat, taux, choix des franchises, etc. Cette dimension, redéfinie comme l'ingénierie financière de l'aléatoire, demeure au cœur de la fonction comme son apport spécifique à l'optimisation de la gestion de l'organisation.

Dans ce cadre, les filières qui conduisent aux fonctions d'encadrement dans l'industrie de l'assurance conviennent bien. On pense plus particulièrement, en formation initiale, à celles que proposent les différents instituts d'assurance et DESS (instituts des assurances de Paris – université Paris I Panthéon Sorbonne –, de Lyon, d'Aix-en-Provence et de Bordeaux, et les DESS de Paris II, Paris XII et certificat de Montpellier). En formation continue, les enseignements dispensés par l'Enass (École nationale d'assurances) sont également envisageables.

2. Le modèle général de gestion des risques d'entreprise.

C'est le modèle le plus complet qui reprend l'approche en 5 étapes évoquée plus haut. Il est enseigné dans les différents pays européens dans le cadre des écoles de gestion ou des universités d'économie.

En France, en formation initiale, c'est le modèle de l'Institut de management des risques, mastère spécialisé enseigné dans le cadre des troisièmes cycles de l'ESC de Bordeaux et qui a reçu le label de l'AEAI (Association européenne des assurés industriels). C'est bien entendu à ce modèle qu'il faut rattacher la filière de l'Institut de gestion des risques décrite longuement plus bas.

3. Les modèles spécialisés de certains secteurs.

Certains secteurs d'activité supposent des adaptations spécifiques des principes généraux de la gestion des risques pour développer un corps de doctrine plus adapté aux vulnérabilités propres à ces métiers. Il s'agit en particulier des collectivités territoriales ou d'industries à risque de fréquence.

En France, on peut classer dans cette catégorie la sensibilisation à la gestion des risques (y compris les maintiens de salaires financés directement) enseignée dans le cadre de l'Enac d'Angers ou les initiatives de l'Institut de prévention et de gestion des risques urbains de Marseille. Dans une autre conception, il convient sans doute de rattacher à cette classe la maîtrise sciences et gestion, filière gestion des risques de l'université Louis-Pasteur de Strasbourg, qui insiste sur le quantitatif (actuariat).

Il s'agit de formations initiales complémentaires qui sont ouvertes en priorité à des étudiants de formation scientifique.

4. Le modèle de planification stratégique des risques.

C'est la version la plus étendue de la gestion des risques qui replace la problématique dans le cadre de la stratégie globale d'entreprise et intègre toutes les incertitudes de l'entreprise quelle qu'en soit l'origine. C'est la reconnaissance que risques purs et risques d'entreprise sont intimement mêlés dans toutes les décisions des chefs d'entreprise et qu'il est impossible de les gérer efficacement en les séparant artificiellement.

C'est le parti pris, en formation permanente, de l'Issec IMD, dont la filière « management des risques » se place résolument dans cette perspective avec la voca-

tion de sensibiliser tous les cadres dirigeants d'entreprise, quelle que soit leur spécialité ou fonction de référence, pour qu'ils intègrent la dimension « risque » dans toutes leurs décisions.

5. *Le modèle de gestion des risques sociétal.*

Il s'agit de poser les questions en terme d'enjeux nationaux ou transnationaux comme ceux liés à l'environnement ou à la protection des grands équilibres écologiques.

En France, une formation initiale se rattache à cette tradition : le DESS gestion globale des risques et des crises de l'UFR de géographie de l'université Paris I, en association avec les universités de Coïmbra (Portugal) et de Groninge (Pays-Bas).

Dans la ligne de réflexion combinant l'approche stratégique et le caractère sociétal, on trouve en France le mouvement de la cyndinique, dont les travaux de recherche apportent une contribution à la méthodologie de la gestion des risques, en particulier au niveau des situations de crise.

V. ... ET LES ASSOCIÉS EN RISK MANAGEMENT (ARM)

Depuis cet automne, la première filière de formation professionnelle continue préparant spécifiquement à la fonction de risk manager a vu le jour en France. Il s'agit de celle qui conduit en trois semestres au titre d'associé en risk management enseigné dans le cadre de l'Institut de gestion des risques.

Ce programme est le résultat d'une collaboration internationale réunissant :

- l'Amrae (Association pour le management des risques et des assurances dans les entreprises), qui réunit plus de 300 gestionnaires des risques français et qui, dès sa création en juin 1993, s'est assigné comme un objectif stratégique de développer une formation professionnelle spécifique pour ses membres et pour tous les professionnels de la gestion des risques ;
- le CNPP (Centre national de prévention et de protection), dont la vocation dans la recherche, le conseil et la formation à la sécurité voyait sa conclusion logique dans la création d'un institut de gestion des risques qu'il restait à transformer en réalité concrète ;
- l'IIA (Insurance Institute of America), dont le programme spécialisé développé en association avec le RIMS, regroupant les risk managers nord-américains, est devenu la référence en matière de formation professionnelle.

Décidés à travailler ensemble pour offrir une formation professionnelle reconnue universellement, l'Amrae et le CNPP se sont naturellement tournés vers le partenaire qui offrait une reconnaissance mondiale (14 000 ARM pratiquent la discipline dans le monde entier). L'IIA, de son côté, a autorisé la traduction et les adaptations nécessaires pour permettre de mettre au point une formation véritablement adaptée au cadre juridique et économique français et européen.

L'intégration des adaptations au programme américain assurera l'internationalisation effective du programme.

La formation est découpée en trois modules semestriels qui sont conclus par un examen écrit en français ; il est corrigé dans le cadre de la procédure normale de l'IIA par des correcteurs bilingues et le titre est décerné conjointement par les trois partenaires.

Le premier cours, les fondements de la gestion des risques, donne aux candidats tous les éléments essentiels pour comprendre le processus de décision et le positionnement de la fonction dans les entreprises et collectivités.

Le deuxième cours pour la réduction et le troisième le financement passent en revue les instruments de traitement des risques ainsi que les conditions de leur mise en œuvre dans le cadre d'un programme de gestion des risques efficace.

Le cadre conceptuel de l'ARM sous-tend également la formation de l'Institut de management des risques qui structure sa formation sur le premier cours semestriel et incite ses étudiants à se présenter à l'examen en fin de scolarité.

L'ARM se positionne clairement au croisement des cinq modèles identifiés par le Dr Head, avec pour objectif d'équiper les professionnels avec un corpus conceptuel, de solides fondations applicables à toutes les situations d'avenir aléatoire, probabilisables ou non, avec trois axes précis :

- intégration des risques spéculatifs et des risques accidentels dans une stratégie globale des risques de l'entité ;
- intégration des considérations au niveau de l'entité concernée, mais aussi des objectifs et conséquences au niveau sociétal ;
- intégration des tendances lourdes de l'évolution de l'environnement global de l'entité en prenant en compte opportunités, risques, communications mondiales, décentralisation des décisions économiques et politiques, etc.

Il ressort clairement des objectifs poursuivis que tous les gestionnaires de risques récemment promus à cette fonction trouveront dans l'ARM, quelle que soit leur formation initiale et leur parcours professionnel, un cadre de pensée, un référentiel, socle structurant pour accomplir l'ensemble de leurs missions avec une efficacité accrue.

La reconnaissance de la gestion des risques comme l'une des grandes fonctions de l'entreprise s'est accompagnée de la définition d'un profil pour le titulaire qui s'apparente à l'honnête homme du XVIII^e siècle ou à l'homme de la Renaissance ; cela demeurera sans aucun doute vrai dans les années à venir, à ceci près que le futur apporte une renaissance nouvelle plus complexe, plus exigeante ! ■

A PROPOS DE LA NOTION DE PRECAUTION

MOTS CLEFS : *catastrophes* ■ *dommages* ■ *environnement* ■ *innovation* ■ *risques de développement* ■ *techniques génétiques* ■

La notion de précaution, qui a acquis sa célébrité depuis son introduction dans l'article 130 R du traité de l'Union européenne de Maastricht, suscite de nombreuses et intéressantes questions portant tant sur sa véritable portée et son contenu précis que sur ses implications au niveau du droit de la responsabilité. Dans un premier effort d'identification (sans la moindre prétention d'apporter toutes les solutions), le présent article entend contribuer à une meilleure compréhension des principales questions qui se posent, en examinant de plus près la notion de « risque de développement » dans la directive européenne en matière de responsabilité civile produits, ainsi que dans le droit allemand de la technique génétique. C'est précisément sur base du et à partir du « Vorsorgeprinzip » que la doctrine allemande préconise l'instauration de règles de contrôle et de responsabilité spécifiques dans des domaines identifiés comme « risques de base ».

■ RUBRIQUES : Précaution

Le présent exposé se réfère explicitement à et entend se situer dans le cadre des recherches de François Ewald sur les notions de précaution et de « risque de développement »¹. Dans un excellent exposé qu'il a donné récemment à l'université de Louvain, il concluait ses réflexions en ces termes : « L'hypothèse du risque de développement nous place face à la potentialité d'être les auteurs innocents de catastrophes. [...] Ces catastrophes, ces "souffrances imméritées", quelquefois très lourdes, demandent à être secourues et indemnisées, et cela au-delà de ce que dispense la Sécurité sociale. Le problème est toujours difficile à résoudre quand la catastrophe est réalisée [...]. D'où l'idée de prévoir un dispositif d'accompagnement de l'innovation [...]. Le problème est d'imaginer un dispositif tel qu'il permette l'innovation, c'est-à-dire la prise de risques, rigoureusement contrôlée tout en garantissant les victimes éventuelles. » On comprend ce qui se passe. Constatant l'introduction des concepts de précaution et de risque de développement dans plusieurs textes législatifs ou officiels, notamment dans certaines dispositions relatives à la protection

* Professeur à la KU Leuven (Université catholique de Louvain).

de l'environnement, le théoricien du droit place le phénomène dans son contexte historique et philosophique et en explique les fondements et la portée. Ensuite, le théoricien relance la balle dans le camp des praticiens en leur proposant un défi, celui de concevoir un système de répartition des pertes résultant du risque de développement, sans pour autant contrarier l'innovation.

Il convient sans doute de se méfier quand un penseur comme F. Ewald met les autres au défi de pousser plus loin une ligne de pensée qu'il a esquissée. Sans doute découvrira-t-on dans les écrits du challenger lui-même l'essentiel des réponses aux questions restées ouvertes.

Je m'avoue d'ailleurs bien incapable, quant à moi, de relever pleinement le défi. En revanche, je ne peux refuser d'apporter quelques éléments susceptibles de contribuer, sinon à résoudre, en tout cas à mieux discerner quelques questions qui se posent.

Mon modeste apport consistera donc en quelques considérations et réflexions proposées par un juriste et ayant trait à trois points : la notion de précaution, la notion de risque de développement et la notion de risque de base.

I. LE PRINCIPE DE PRÉCAUTION

Il n'est pas inutile de rappeler d'abord que la portée exacte de la notion ou du principe de précaution demeure imprécise. La notion est ancienne certes, mais elle semble avoir acquis une nouvelle fonction et, de ce fait, probablement aussi un nouveau contenu. C'est surtout par son apparition dans le traité sur l'Union européenne que le nouveau concept a attiré l'attention. On se souviendra que c'est par l'Acte unique (17-28 février 1986) qu'ont été introduites dans le traité CEE les nouvelles dispositions relatives à l'action de la Communauté européenne en matière d'environnement. Aux termes de l'article 130 R nouvellement introduit, cette action est fondée sur les trois principes, d'abord de l'action préventive, ensuite de la correction à la source des atteintes à l'environnement, enfin du pollueur-payeur.

C'est à l'initiative de la Belgique, dit-on², que le principe de précaution a été ajouté à cette énumération lors des nouvelles modifications apportées par le traité de Maastricht³.

Ce principe figure à présent au premier rang au sein de l'article 130 R² 2, avant le principe de l'action préventive, qui en est donc bien distinct. Les commentaires révèlent combien les auteurs demeurent hésitants quant à son contenu exact. Le principe pourrait, selon certains, signifier que des mesures de protection doivent être développées avant même qu'apparaissent des dangers écologiques spécifiques. Il pourrait impliquer aussi que la charge de la preuve qu'aucun dommage ne sera causé à l'environnement incomberait au pollueur⁴. Selon d'autres, le principe de précaution signifie que la présence d'un risque d'atteinte à l'environnement suffit pour que l'on puisse exiger une preuve de l'absence d'un dommage à l'environnement⁵. On y ajoute que le principe de précaution, ainsi conçu,

exerce une influence sur le droit de la responsabilité civile et sur le droit de la preuve. Selon d'autres, le principe de précaution peut offrir une justification pour un système de responsabilité stricte et pour une modification des règles du droit de la preuve⁶.

Le principe de précaution, qui, selon la version anglaise du traité⁷, ne se limite pas à se juxtaposer aux autres principes de l'article 130 R, mais semble plutôt occuper une place particulière, va plus loin que le principe de prévention. Tandis que celui-ci fait dépendre la prise de mesures protectrices de l'environnement de la condition que soit prouvé le caractère dommageable de l'activité visée, le principe de précaution se satisfait, quant à lui, d'une présomption d'un dommage possible. Irait seule à l'encontre du principe de précaution la mesure protectrice prise en dehors de toute possibilité imaginable de dommage⁸.

Une définition précise fait cependant défaut. Et la confusion règne quand on sait que la doctrine allemande, par exemple, parlait, à une certaine époque, du principe juridique de la *Vorsorge* (précaution), pour viser ce que le traité appelle désormais la prévention⁹. Partant de l'idée de la juxtaposition, et non de la distinction du principe de précaution par rapport aux autres principes mentionnés à l'article 130 R², d'autres lui attribuent la valeur d'un principe de base qui engloberait les autres principes spécifiquement mentionnés¹⁰. D'autres se lancent dans ce qu'on peut considérer comme des jeux de mots : dans la doctrine de langue allemande, le terme *Vorsorge* est parfois défini comme *vorausschauende Fürsorge* (« prévoyance prévisionnelle »). La théorie d'interprétation de l'« effet utile » exige cependant que soit donnée à la notion une signification spécifique et distincte des autres principes mentionnés dans le traité, tel celui de la prévention. Ni le texte du traité ni les travaux préparatoires n'apportent une définition ou clarification. C'est finalement dans un projet de loi français relatif au renforcement de la protection de l'environnement¹¹ que se retrouve une excellente définition de la notion de précaution.

Elle y est définie comme « le principe selon lequel l'absence de certitude, compte tenu des connaissances scientifiques et techniques du moment, ne doit pas retarder l'adoption de mesures visant à prévenir un risque de dommage grave et irréversible à l'environnement ».

Ainsi défini, le principe de précaution procède d'une situation où le savoir scientifique ne permet pas de prévoir avec certitude les dangers d'une activité. La précaution est l'attitude qui procède d'une situation équivoque où des mesures de prévention semblent s'imposer, alors même qu'il n'existe (encore) aucune certitude sur les dangers ou risques de l'activité envisagée. La précaution est la réponse prudente, en l'absence d'une connaissance scientifique et technique appropriée, qui permet de discerner adéquatement les dangers réels et de maîtriser complètement les risques allant de pair avec les nouvelles technologies¹².

En affirmant un tel principe de précaution, le droit ne fait évidemment qu'un premier pas sur la voie étroite devant mener à des préceptes plus concrets. L'on retrouve déjà des réponses juridiques plus précises à des situations de fait con-

crètes très proches de l'hypothèse de précaution visée ci-dessus. Il s'agit notamment de l'attitude adoptée par le droit de la responsabilité à l'endroit de l'hypothèse du risque de développement et de l'identification des risques de base dans le droit de contrôle de certaines technologies nouvelles. Un très bref aperçu de ces cas devrait nous aider à mieux situer la véritable nature et la portée exacte du principe de précaution.

II. LE RISQUE DE DÉVELOPPEMENT

1. Émergence de la notion de risque de développement dans le droit de la responsabilité civile produits

L'on peut dire, semble-t-il, que la notion de risque de développement a fait sa première apparition dans l'évolution du droit de la responsabilité civile produits (RC-produits), plus spécifiquement dans le droit américain de la *product liability*, au moment où s'est dégagée l'exception du *state of the art*¹³.

La Convention du Conseil de l'Europe¹⁴ ne mentionnait pas l'exception du risque de développement, alors que les rédacteurs la connaissaient déjà très bien. Le rapport explicatif justifiait cette position en soulignant que la question essentielle est de savoir si les risques de développement doivent être supportés par les consommateurs, par les producteurs et/ou, entièrement ou partiellement, par la collectivité¹⁵, et qu'il s'agit là d'une question de politique sociale (que les rédacteurs n'étaient apparemment pas en état de résoudre).

La notion de risque de développement est apparue clairement lors de la préparation de l'avant-projet de directive européenne en matière de responsabilité du fait des produits¹⁶. Dans la première version de cet avant-projet, il était dit explicitement, à titre d'explication du critère de base de la responsabilité nouvellement introduit (qu'était, et reste, le défaut du produit), que « le fabricant est également responsable même si la chose, en fonction du développement technologique et scientifique prévalant au moment où il l'a mise en circulation, n'a pu être considérée comme défectueuse ». Et les considérations introductives y ajoutent que, en l'absence d'une telle responsabilité, le consommateur se trouverait exposé, sans aucune protection, au risque que le caractère défectueux d'un produit ne soit reconnu qu'au cours de son utilisation¹⁷. C'est surtout le Parlement européen qui s'est opposé à la première version du projet de directive et qui a encouragé l'adoption de l'exception dite « de risque de développement¹⁸ ». Contrairement à ce qu'on pouvait attendre, c'est la Commission économique et monétaire de la Communauté européenne qui a adopté, dans son avis, une position plus nuancée¹⁹.

Dans ce qui est devenu l'article 7 e de la directive, la Commission européenne a adopté une attitude de compromis : le risque de développement est repris comme moyen de défense dans la liste contenue dans la directive de 1985, mais en laissant aux États membres la possibilité de l'exclure.

On sait que, parmi tous les États membres qui ont transposé la directive dans leur droit national (c'est-à-dire tous les États membres, sauf la France), seul le Luxembourg a choisi de faire usage de cette faculté²⁰.

Il est peut-être intéressant de noter que, en vertu de l'article 15 alinéa 3 de la directive, la Commission doit, dix ans après la notification qui a eu lieu le 30 juillet 1985, faire rapport au Conseil sur l'application de l'article 7 e. Le Conseil devra donc se pencher très bientôt sur la question de savoir s'il convient de conserver le régime de la directive.

2. Place de la notion de risque de développement dans la directive européenne

Dans le système de la directive, le risque de développement constitue une exception ou un moyen de défense. Cela implique que le moyen ne doit être soulevé qu'après que le demandeur a apporté la preuve que toutes les conditions de responsabilité sont réunies en l'espèce. Dans le régime de la responsabilité civile du fait des produits, il faut donc qu'il y ait défaut prouvé, c'est-à-dire qu'il doit être prouvé que le produit n'offre pas la sécurité à laquelle on peut légitimement s'attendre, compte tenu des circonstances.

■ *A cet égard trois remarques s'imposent*

En premier lieu, l'on peut relever que le risque de développement est présenté comme une limitation à la portée et à l'étendue de la responsabilité stricte de la directive. Il faut donc en conclure que, dans tous les cas où la loi décrète une responsabilité sans faute, sans mentionner explicitement le moyen de défense du risque de développement, le défendeur est tenu pour responsable, même s'il s'agit d'un défaut inconnu et inconnaissable. On peut estimer que maintes fois les législateurs n'ont pas été pleinement conscients de la portée très étendue des responsabilités qu'ils avaient ainsi imposées.

Une deuxième remarque concerne le reproche formulé par certains à l'endroit de la directive en ce qu'elle serait entachée d'une contradiction interne en permettant au défendeur d'invoquer le risque de développement comme moyen de défense, alors même que la preuve du défaut (à supposer qu'elle soit apportée) implique, prétend-on, l'absence de risque de développement. L'on comprendra, en effet, qu'en droit une exception ne doit être invoquée par le défendeur que pour autant que le demandeur ait d'abord fourni la preuve dont la charge lui incombe. Dans le système de la directive, le demandeur doit apporter la preuve de l'existence d'un défaut, c'est-à-dire du fait que le produit n'offre pas la sécurité à laquelle on peut légitimement s'attendre. Or, dit-on, le consommateur ne pourrait légitimement s'attendre à ce que le produit ne présente pas les défauts que le producteur ne pouvait pas connaître. Donc, un produit entaché d'un défaut indécélable n'est pas défectueux au sens de la directive. Il est par conséquent illogique de permettre au producteur de se libérer d'une responsabilité qu'il n'a pas encourue en l'absence d'un défaut au sens de la directive. Cette

remarque n'est pas dépourvue de tout fondement. La seule solution susceptible de résoudre cette contradiction consiste à accepter que la possibilité de connaître le risque ne compte pas parmi les circonstances qui, d'après l'article 5 de la directive, doivent être prises en compte pour juger de la défectuosité du produit au sens de la directive.

La troisième remarque porte sur le fait que, dans le système de la directive, il appartient au producteur de prouver qu'il ne pouvait pas connaître le défaut et qu'il incombe ensuite au consommateur de rapporter la preuve contraire. Dans la mesure où le producteur est à même de taire des informations qui lui sont désavantageuses, le demandeur peut se trouver confronté à un réel problème, lorsque, comme c'est le cas dans la plupart des régimes juridiques européens, le droit de procédure ne connaît pas la *pretrial discovery* (cette procédure permettant aux parties de connaître des éléments de fait qui seront à la base de l'argumentation de la partie adverse).

Il est intéressant de noter que, lors de la préparation de la directive européenne, la discussion a porté aussi sur la question de la formulation à donner au moyen de défense. Selon certains (Parlement européen), ce moyen devait être formulé en ce sens que le responsable ôterait au produit sa défectuosité. Sur ce point, le texte de la directive me semble plus cohérent : en cas de risque de développement, le produit est certes défectueux, mais le problème est qu'au moment de sa mise en circulation l'on ne pouvait pas savoir que le produit était défectueux.

3. Délimitation de la notion de risque de développement

■ *Risque de développement et « state of the art »*

En son article 6.2, la directive européenne dispose qu'un produit n'est pas défectueux par le seul fait de l'introduction ultérieure d'un produit moins dangereux.

Il s'agit ici aussi d'une référence à un état des connaissances à un moment donné, mais celui-ci ne pourrait être confondu avec l'état des connaissances scientifiques et techniques en cause dans le contexte du risque de développement.

Le *state of the art* se réfère aux frontières des possibilités humaines de résoudre les problèmes (en droit allemand, on parle des *Entwicklungslücken*, donc de lacunes dans le développement des connaissances). Le raisonnement semble être le suivant²¹ : si, à un moment donné, l'homme n'est pas capable de résoudre un problème pourtant connu, le produit (même imparfait) ne doit pas être considéré comme défectueux. Et la directive dit que ce produit ne devient pas défectueux par le seul fait que serait introduit ultérieurement un produit moins dangereux²².

Par contre, l'hypothèse du risque de développement concerne les frontières du savoir scientifique et de la capacité des hommes de déceler les risques. L'hy-

pothèse du risque de développement est celle où, au moment de sa mise en circulation, un produit est défectueux, l'état de la connaissance scientifique ne permettant cependant pas, à ce moment-là, de le déceler²³.

Poursuivant ce raisonnement, l'on devra conclure qu'une situation de « risque de développement » peut évoluer dans le temps et se développer en une situation de défectuosité du produit. La question capitale est alors de savoir à partir de quel moment cette situation devient réalité de sorte que cesse alors d'être disponible le moyen de défense du risque de développement.

■ *Risque de développement et insécurité inévitable*

L'on ne peut pas non plus confondre l'hypothèse du risque de développement avec celle des produits présentant un inévitable manque de sécurité (*unavoidably unsafe products*). Plusieurs sortes de produits sont ici visées, comme les produits pharmaceutiques, qui, à côté de leurs effets désirés, entraînent inévitablement des effets nocifs, ou les fusils de chasse, qui ont pour but principal de nuire, et tous les produits dont l'usage normal va inéluctablement de pair avec un certain nombre de dangers. Dans le commentaire du Restatement of Torts, l'on parle de *unavoidably unsafe products*. Selon le Restatement américain, un tel produit n'est pas défectueux lorsqu'il est bien fabriqué et accompagné des warnings nécessaires. Dans un tel cas, dit le commentaire, le fabricant n'est pas responsable, « *merely because he has undertaken to supply the public with an apparently useful and desirable product, attended with a known but apparently reasonable risk*²⁴ ».

On notera que, dans le problème qui nous occupe, il s'agit de produits certes utiles mais qui peuvent, sans qu'on puisse déjà le savoir, s'avérer ultérieurement avoir dès le début été entachés d'un effet nocif non désiré et non raisonnable.

■ *Risque de développement et ignorance invincible*

Dans leur jurisprudence afférente à l'obligation de garantie des vices cachés du vendeur professionnel (art. 1641 et suivants, Code civil), les Cours de cassation française et belge ont admis l'existence d'une présomption de connaissance du vice caché dans le chef du vendeur professionnel.

Si la jurisprudence française a considéré qu'il s'agit ici d'une présomption irréfragable, la Cour de cassation belge a toujours accepté que le vendeur peut renverser cette présomption en prouvant qu'il ne pouvait pas connaître le vice de la chose vendue, donc par la preuve de son « ignorance invincible ». La question a été posée de savoir s'il s'agit, en l'occurrence, d'un moyen de défense tiré du risque de développement. On s'accorde à considérer que, dans le cas du risque de développement, les conditions d'application de l'ignorance invincible sont remplies, mais que l'inverse ne pourrait être soutenu. L'ignorance invincible concerne, en droit de la vente, l'impossibilité existant dans le chef de chacun de déceler le défaut. L'impossibilité de déceler le défaut doit être absolue²⁵. En cas de danger connu mais inévitable, le fabricant échappera à la responsabilité en four-

nissant une information ou un avertissement du type *informed choice warning*. L'idée est que le consommateur informé doit assumer ses responsabilités.

■ *Risque de développement et devoir d'avertissement*

L'observation qui précède sur les avertissements m'amène à la question de savoir quelle est l'influence, dans des cas de risques de développement, des informations et avertissements de la part du producteur.

L'on peut d'abord se demander si une telle hypothèse peut réellement se produire. Normalement, ce ne sera pas le cas, puisque le devoir d'information est imposé au professionnel pour remédier à l'asymétrie au niveau de l'information entre producteur et consommateur. Or, dans le cas du risque de développement, l'on se trouve dans l'hypothèse où le fabricant, le professionnel ne sait pas non plus, et ne peut pas savoir. A première vue, cela n'a donc pas de sens de parler d'obligation d'information en cas de « véritable » risque de développement²⁶. Un avertissement très général contre les dangers non connus du producteur, ni de la science, n'a guère de sens : un tel avertissement ne pourrait suffire pour dépouiller le consommateur de son « innocence ». La communication d'un savoir par le producteur au consommateur libère le producteur ; en revanche, la communication d'un aveu de non-savoir par le professionnel semble insuffisante pour considérer que le consommateur se trouve informé.

■ *Risque de développement et force majeure*

D'un point de vue juridique, les deux moyens de défense se situent dans des contextes différents. La force majeure est l'un des moyens de défense à l'encontre d'une responsabilité pour faute : le défendeur prouve que le dommage est causé non par son comportement fautif, mais par un événement extérieur et irrésistible. La règle de la non-responsabilité en cas de force majeure ne fait que compléter et confirmer celle qui régit la responsabilité pour faute. La force majeure n'est dès lors pas une véritable exception. Au cas où il y aurait force majeure, les conditions de la faute ne sont tout simplement pas remplies.

Dans une logique de responsabilité objective ou responsabilité sans faute, il n'est normalement pas question de force majeure (sauf dans la mesure où la force majeure est invoquée pour démontrer l'absence d'un lien de causalité)²⁷.

Par contre, on ne parle de risque de développement que dans l'hypothèse où sont réunies toutes les conditions d'une responsabilité sans faute (ou objective). Admettre le moyen de défense du risque de développement constitue, dans ce cas, un véritable pas en arrière, une véritable « exception » à la règle posée au départ. En effet, dans un système de responsabilité objective, la capacité de déceler les risques de dommage est totalement irrelevante ; admettre dans ce cas le moyen de défense du risque de développement revient à réintroduire une exigence de responsabilité qui avait, dans un premier temps, été laissée de côté.

On ne peut cependant s'empêcher de faire un rapprochement entre les nou-

velles responsabilités objectives et l'ancienne notion de faute mais alors objectivée à l'extrême.

Les systèmes actuels de responsabilité objective imposent au défendeur (et attendent de lui) qu'il connaisse tous les dangers et qu'il parvienne à les prévenir et à les éviter. Admettre le risque de développement comme moyen de défense revient à reconnaître l'existence de limites à cette obligation de résultat. Sous l'empire du système de la faute, l'homme n'est plus responsable lorsqu'il est impossible d'éviter le dommage (force majeure). Ceux qui militent en faveur de l'exception risque de développement estiment que (même) la responsabilité objective doit s'arrêter là où l'homme n'était pas en mesure de connaître le danger.

4. Risque de développement et principe de précaution

Sans doute dans le souci de ne pas restreindre excessivement la portée de la responsabilité stricte, introduite par la directive responsabilité civile produits, la plupart des commentateurs de cette directive ont insisté sur le caractère exceptionnel du véritable risque de développement. Pour échapper à la responsabilité stricte de la directive, le producteur doit prouver que, en fonction de l'état de la science la plus avancée à l'époque de la mise en circulation du produit, il était absolument impossible de découvrir le défaut²⁸. En conséquence d'une vision aussi restreinte, on peut se demander si une telle hypothèse se présente dans la réalité. Existe-t-il vraiment beaucoup de cas où la potentialité du danger est, à l'époque de la mise en circulation, absolument indécélable ?

On cite parfois comme exemple le cas de la Thalidomide (contergan) ! C'est oublier cependant qu'au moment où le produit était mis sur le marché en Allemagne, sa commercialisation était interdite en France.

Une conception aussi restreinte de la notion de risque de développement exclut toute hypothèse de précaution. Si l'on se trouve vraiment en présence d'une situation de risque de développement, on est dans l'impossibilité complète de connaître le défaut, de sorte que ne se présente pas l'hypothèse de la prise de précautions. Par contre, si les connaissances scientifiques sont telles qu'elles créent (ne fût-ce qu') un soupçon de défaut, les conditions strictes d'un véritable risque de développement ne sont pas remplies.

On peut d'ailleurs se demander si l'hypothèse d'un risque de développement correspond bien à la réalité des choses. En effet, il n'est sans doute pas très adéquat de parler d'un état de la science (*Stand von Wissenschaft*), puisque la science d'aujourd'hui n'évolue pas en étapes clairement définies ou identifiables, mais plutôt en un développement flexible qui, à chacune de ses étapes, exige un véritable *Risikomanagement*²⁹.

A tout le moins se pose la question de savoir à partir de quel moment l'on peut dire qu'il y a connaissance du défaut ou du danger. Faut-il que cette connaissance soit elle-même scientifique ? N'existe-t-il pas une zone où une conscience du danger devance la connaissance de ce danger ? Le vrai problème des précautions à

prendre ne se pose-t-il pas précisément dans de telles circonstances, plutôt que dans l'hypothèse peu rapprochée de la réalité de la parfaite impossibilité de connaître le danger ?

III. RISQUE DE BASE

1. Le droit allemand de la technique génétique

Le domaine de la biotechnologie, en particulier celui de la technique génétique, offre incontestablement un terrain d'essai de prédilection pour l'étude de l'application du principe de précaution. L'on sait que les deux récentes directives européennes consacrées à ce thème³⁰ ne contiennent pas de règles de responsabilité. Par contre, l'on pourrait tirer profit de l'étude de la loi allemande (*Gesetz zur Regelung von Fragen der Gentechnik*) du 1^{er} juillet 1990³¹. Cette loi instaure, en plus d'un dispositif de contrôle administratif, un régime très strict³² et original³³ de responsabilité.

Le critère de responsabilité, tel qu'il ressort du § 2 de cette loi, consiste dans la seule condition que le dommage soit causé par un organisme génétiquement modifié³⁴.

Le responsable est l'exploitant, c'est-à-dire celui qui conduit des opérations de technique génétique (*gentechnische Arbeiten*)³⁵.

Il s'agit d'une responsabilité hautement objectivée (*Gehährdungshaftung*), dont l'introduction est justifiée par un double motif. La *Begründung* (rapport explicatif) de la nouvelle loi explique qu'en dépit de toutes les diligences concevables il subsistera toujours un Restrisiko. L'autre justification plus originale consiste en ce que la technique génétique n'en est encore qu'au début de son développement, de sorte qu'il n'est guère possible de faire des prévisions ou propositions fiables quant à sa sécurité³⁶.

La sévérité du système de responsabilité apparaît notamment du fait que cette responsabilité s'étend aux dommages découlant d'un risque de développement. Cette « inclusion » du risque de développement est motivée par la constatation que le potentiel de danger primaire d'une modification du matériel génétique provient du fait que l'état de la science actuel ne permet pas de pronostiquer avec certitude comment réagiront les organismes génétiquement modifiés³⁷.

De façon assez spectaculaire, la *Gentechnologiegengesetz* rend l'exploitant également responsable en cas de « force majeure »³⁸. On parle de la défense du *höhere Gewalt*, distincte de l'*innewohnende höhere Gewalt* (force majeure intérieure) qui est le risque de développement.

2. La notion de risque de base

Ce qui caractérise le système de la loi allemande, c'est la façon dont se trouve défini son champ d'application. Celui-ci s'étend à tous les *gentechnisch veränderten Organismen*. Le nouveau régime de responsabilité, aussi bien que le régime des autorisations et des contrôles administratifs, se rattache à toutes les

opérations relatives à toutes les catégories d'organismes génétiquement modifiés, et pas seulement à celles de ces activités ou organismes qui sont considérés comme représentant un certain niveau de danger.

Ce dernier régime de diversification des régimes de contrôle selon les degrés ou niveaux de danger est celui qui a été introduit aux États-Unis, en Suisse et au Japon³⁹.

Par contre, le système de la loi allemande, comme celui des directives européennes, ne se fonde pas sur la distinction entre activités dangereuses et activités non dangereuses, mais sur la distinction entre organismes naturels et organismes techniquement modifiés. Cette dernière approche se reflète dans le fait même qu'une loi (ou directive) spécifique est consacrée aux organismes génétiquement modifiés⁴⁰. Il est intéressant de noter que le choix allemand a été directement inspiré par le *Vorsorgeprinzip* (principe de précaution). Cela explique pourquoi un système de contrôle s'impose également pour les opérations de technique génétique qui, selon le Stand von Wissenschaft, ne comportent aucune menace pour la santé de l'homme ou l'équilibre de la nature⁴¹. La mise en œuvre du *Vorsorgeprinzip* suppose que soit identifié un risque de base (*Basisrisiko*). Le risque de base est une série d'opérations, ou plutôt une technologie complète (comme celle de la manipulation génétique) dont l'état de la science ne permet pas d'identifier avec certitude les dangers qui y sont inhérents.

Le principe de précaution devra dès lors nous amener à identifier les risques de base pour lesquels la précaution imposera des mesures de contrôle spécifiques et des régimes particuliers de devoirs et de responsabilités. Cette sélection constitue assurément une opération délicate. Il faut réaliser que les risques de base à identifier sont, dans une large mesure, des risques hypothétiques, la question étant alors de savoir combien peuvent être « hypothétiques » les risques hypothétiques.

Comment, d'ailleurs, distinguer le risque hypothétique des risques spéculatifs ? C'est ici que le principe de précaution se trouve rejoint par celui de la proportionnalité, celui-ci devant servir de guide dans le choix des catégories de risques de base qui nécessitent des précautions particulières. Par ailleurs, le processus d'identification des risques de base implique un choix évolutif. Il se modifiera au fur et à mesure que progressent la science et l'expérience. Le moment de la « désaffectation » (opération par laquelle une technique est soustraite à la catégorie des risques de base) revêtira une importance tout à fait particulière, au niveau tant économique qu'écologique et scientifique.

IV. À TITRE DE CONCLUSION

L'exemple de la législation allemande en matière de technique génétique nous apprend que le principe de précaution doit mener notamment à l'instauration de règles spécifiques de contrôle et de responsabilité. Sur ce dernier plan, le droit allemand impose un système de responsabilité stricte de l'opérateur qui ne peut

se libérer en invoquant le risque de développement ou la force majeure. En matière de responsabilité civile produits, la directive européenne et la majorité des États membres ont opté, en revanche, pour un système mixte dans lequel le producteur d'un produit défectueux peut échapper à la responsabilité en apportant la preuve que l'état de la science ne permettait pas de déceler le défaut.

Le système de la directive européenne est inspiré par la préoccupation de ne pas imposer trop de charges financières aux technologies nouvelles en mettant à leur charge le coût d'une trop importante responsabilité. Le système de la loi allemande va dans la direction opposée et risque de décourager l'innovation.

Sans doute faut-il chercher une solution combinant une nécessaire compensation des dommages et l'idée que les progrès nécessaires, avec les risques qui y sont inhérents, sont l'affaire de tous, le consommateur comme le grand public devant dès lors être impliqués dans les décisions qui doivent être prises.

François Ewald a dressé un tableau clair et complet des solutions possibles, parmi lesquelles les solutions assurancielles¹² devront retenir l'attention. En tout état de cause, l'assureur sera une fois de plus appelé à couvrir ce qui auparavant était considéré comme techniquement inassurable, et donc à déplacer les limites de l'assurable.

Pour ce faire, il faudra notamment que soient mises au point de nouvelles techniques de constitution de réserves. Mais il faudra avant tout que l'idée de la nécessaire solidarité entre assurés réussisse à reprendre la place d'honneur qu'elle semble en train de perdre ■

Notes :

1. Voir notamment Chaumet et Ewald, « Petite bibliothèque d'actualité, Autour de la précaution », *Risques*, n° 11, 1992, p. 99 ; F. Ewald, « La véritable nature du risque de développement et sa garantie », *Doc. inédit, Risques*, n° 14, avril-mai 1993.
2. Wouters & Devroe, « De Europese Unie », Leuven, Peeters, 1995.
3. Traité signé à Maastricht le 7 février 1992, entré en vigueur le 1^{er} novembre 1993.
4. Wilkinson, « Maastricht and the Environment : Implications for the EC's Environment Policy of the Treaty on the European Union », *Journal of Environmental Law*, 1992, p. 221 et 224.
5. « The precautionary principle states that (it is not sufficient that the cause of derivation of environmental damage must be proved before action is taken, but only) that the risk attached is sufficient to require proof that no environmental damage will result from a failure to take action. » Hession, M., Macrory, R., « Maastricht and the Environmental Policy of the Community : Legal Issues of a New Environmental Policy of the Community », in *Legal Issues of the Maastricht Treaty*, O'Keefe and Twomey (ed.), London, Chancery Law Publishing, 1994, p. 157.
6. *Ibidem*.
7. La version anglaise de l'article 130 R² 2, deuxième phrase, dit en effet : « It shall be based on the precautionary principle and on the principles of... ».
8. Epiney und Furrer, « Umweltschutz nach Maastricht, Ein Europa der drei Geschwindigkeiten », *Europarecht*, 1992, (369), p. 385-386.
9. *Ibidem*, p. 384.
10. Dans ce sens déjà, dans un commentaire relatif au principe de précaution sous l'empire de l'Acte unique : Roelants du Vivier, F., et Hammequart, K. P., « Une nouvelle stratégie européenne pour l'environnement dans le cadre de l'Acte unique », *RMC*, 1988, (225), p. 226. Voir également Rengeling, H. W., « Umweltvorsorge und Ihre Grenzen im E.W.G.-Recht », 1989 ; Huglo, J. G., « L'application par les Etats membres des normes communautaires en matière d'environnement », *RTD Eur.*, 1994, p. 451.
11. Il s'agit du projet de loi « relatif au renforcement de la protection de l'environnement », dont l'article premier modifie l'article L.200.1 du nouveau Code rural. Le projet de loi, déjà adopté par le Sénat, se trouve actuellement devant l'Assemblée nationale (document n° 1588). L'auteur remercie M.-Cl. Delpoux (Apsad) de lui avoir signalé ce texte dont il n'avait pas connaissance auparavant.

12. Paraphrasant F. Ewald, l'on pourrait dire que le principe de précaution est relié au fait que nos connaissances scientifiques et techniques évoluent à une vitesse suffisante pour produire de nouveaux produits, mais non pour les produire en parfaite sécurité, c'est-à-dire pour connaître et maîtriser complètement les risques allant de pair avec les nouvelles technologies.
13. Sur la relation entre les deux concepts, voir Kort, M., « Stand von Wissenschaft und Technik », in « Deutschen und "State of the Art" im Amerikanischen Produkthaftungsrecht », « Versicherungsrecht », 1988, p. 1113-1121.
14. Convention européenne sur la responsabilité du fait des produits en cas de lésions corporelles ou de décès, faite à Strasbourg le 27 janvier 1977.
15. Rapport explicatif, n° 41. Voir également le même rapport, n° 39 et 40 : « 39. Certains experts ont soutenu la nécessité que les "risques de développement" devraient être une cause d'exclusion de la responsabilité dans le cas de produits qui sont à l'avant-garde du progrès technologique. Toute disposition contraire risquerait de décourager la recherche scientifique et la mise sur le marché de produits nouveaux.
« 40. A l'encontre de cette opinion, il a été objecté qu'une exception de cette nature viderait la Convention de son contenu étant donné qu'elle réintroduirait dans le système de responsabilité prévu par la Convention la possibilité pour le producteur de prouver l'absence de toute faute de sa part. En outre, l'exclusion de la responsabilité dans le cas de "risque de développement" aurait pour résultat de permettre l'utilisation du consommateur, en quelque sorte, comme un "animal d'expérience". »
16. Proposition CEE sur le rapprochement des législations des États membres de la Communauté européenne en matière de responsabilité du fait des produits défectueux, JO CE, n° C 241 du 24 octobre 1976, p. 9.
17. Considérant introductif n° 6 à la proposition de directive, présentée par la Commission au Conseil le 9 septembre 1976, « Bulletin des communautés européennes », Supplément, 11/76.
18. Avis du Parlement, JO CE, n° C 127 du 21 mai 1979, p. 61.
19. JO CE, n° C 114 du 7 mai 1979, p. 15. « Certains conseillers considéraient que l'inclusion des risques de développement pourrait constituer une entrave aux innovations et, par conséquent, désavantager sur le marché mondial les secteurs européens qui font de la recherche et pratiquent un développement actif [...]. D'autres conseillers considéraient au contraire qu'une protection adéquate des consommateurs et l'évolution vers une responsabilité sans faute impliquent que ces risques soient couverts par la directive, d'autant plus que les compagnies d'assurances sont en mesure de les couvrir » (Avis du Comité économique et social, JO CE, n° C 114 du 7 mai 1979).
20. Il est intéressant aussi de noter que, parmi les États membres qui avaient exécuté la directive à temps, l'Italie et la Grande-Bretagne avaient mal compris la portée exacte de l'exception du risque de développement ou avaient, en tout cas, mal traduit l'exacte formulation de cette exception et ont été promptement « rappelés à l'ordre » par la Commission européenne. Le texte italien avait prévu que le producteur n'est pas responsable lorsqu'il prouve que, lors de la mise en circulation du produit, l'état existant des connaissances scientifiques et techniques ne mettait pas le fabricant en mesure de reconnaître le défaut du produit. Le Consumer Protection Act 1987 déclarait que le producteur n'est pas responsable, « if he could show that a similar producer would not be expected to discover the defect while the product was in his control ». Comp. Mottur, A., « The European Product Liability Directive : a Comparison with US Law », « Law and Policy in International Business », 1994, (983), p. 994.
21. Schmidt-Salzer et Hollmann, « Kommentar EG-Richtlinie Produkthaftung », Band 1, Deutschland, 1986, n° 108, p. 685 : « Entwicklungslücken betreffen nicht die Grenzen der menschlichen Gefahrenkenntnis, sondern die Grenzen der menschlichen Problemlösungsmöglichkeiten. »
22. On pense aux examens des voitures sans ABS ou au réfrigérateur qui ne s'ouvre pas de l'intérieur.
23. Comp. Schmidt-Salzer, op. cit., p. 683.
24. Comment K., « Generic Product Risks : the Case Against Comment K and for strict liability », « NYU Law Review », 1983, p. 853.
25. Montero et Triaille, n° 40. « La responsabilité du fait des produits en Belgique après l'adoption de la loi du 25 février 1991 », « Droit de la Consommation-Consumentenrecht (DCCR) », 1991, p. 695 ; Fallon, M., « La loi du 25 février 1991 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux », « Journal des tribunaux », 1991, p. 465.
26. Comp. Jérôme Huet, note auprès de l'arrêt de la cour, 8 avril 1976, « Dall. Chron. » 1987, p. 74 : l'obligation d'information relative aux contre-indications et effets secondaires des médicaments ne peut s'appliquer qu'à ce qui est connu au moment de l'introduction du médicament sur le marché et à ce qui a été porté à la connaissance des laboratoires depuis cette date.
27. Comp. Taschner and Frietsch, « Produkthaftungsgesetz und EG-Produkthaftungsrichtlinie », 2. Aufl., 1990, p. 204.
28. Comp. Taschner, op.cit., p. 202.
29. Ladeur, K. H., « Die rechtliche Steuerung von Entwicklungsrisiken zwischen zivilrechtlicher Produkthaftung und administrativer Sicherheitskontrolle », « BetriebsBerater », 1993, (1304), p. 1307.
30. La directive (90/219/CEE) du 23 avril 1990 relative à l'utilisation confinée de micro-organismes génétiquement modifiés (JO CE n° L 117, 8 mai 1990) et la directive (90/220/CEE) du 23 avril 1990 relative à la dissémination volontaire d'organismes génétiquement modifiés dans l'environnement (JO CE n° L 117, 8 mai 1990).
31. La loi a déjà été modifiée par la « Erste Gesez zur Anderung des Gentechnik Gesetzes » du 16 décembre 1993.
32. Voir Hirsh and Schmidt-Didezuh, « Die Haftung für das gentechnische Restrisiko », « Versicherungsrecht », 1990, p. 1193 ; Deutsch, E., « Haftung und Rechtsschutz », in « Gentechnikrecht », « Versicherungsrecht », 1990, p. 1041.
33. L'originalité du nouveau système réside notamment dans l'introduction de mécanismes juridiques nouveaux : à savoir l'« Ursachenvermutung » (ou présomption de l'existence d'un lien de causalité déduite de la présence de situations typiques) et l'« Auskunftsanspruch » (mécanisme permettant à la victime d'obtenir des informations de fait dès avant le début de la procédure, et comparable à la « pretrial discovery » bien connue en droit procédural américain). Voir Landsberg and Lülling, « Die Ursachenvermutung und die Auskunftsansprüche nach dem neuen Umwelthaftungsgesetz », « Wirtschaftsrecht », 1991, p. 479.
34. On parle d'« Organismushaftung » (responsabilité des organismes).

35. Les opérations de technique génétique (« gentechnische Arbeiten ») comprennent, d'après le ² 3 de la loi, la production d'organismes génétiquement modifiés, ainsi que leur utilisation, multiplication, conservation, destruction ou stockage, et leur transport à l'intérieur de l'entreprise, aussi longtemps qu'une licence pour leur libéralisation ou mise sur le marché n'a pas été obtenue.
36. Begründung, Drucksache 11/5622, p. 225 ; comp. dans le même sens Ladeur, op.cit., p. 1308.
37. Begründung, Drucksache 11/6522, p. 225.
38. Ce qui implique que l'exploitant reste également responsable au cas où le dommage est dû par exemple à des catastrophes naturelles ou à des atteintes terroristes. Puisque, dans un tel système, le lien de causalité n'est plus vraiment requis, on y passe de la responsabilité à un système de la « canalisation de la responsabilité ».
39. Comp. Wahl, R. and Melchinger, H., « Das Gentechnikrecht nach der Novellierung », « Juristenzeitung », 1994, (974), p. 976.
40. Dans la littérature, on se réfère parfois à la distinction entre les deux approches en utilisant la distinction entre modèle de régulation « horizontal » (c'est-à-dire le modèle allemand) et modèle « vertical » (comme le modèle américain) : comp. « Optionen des Umgangs mit Unsicherheit, ausführliche zusammenfassende Darstellung der als Idealtypen rekonstruierten Positionen und Regelungsansätze », étude émanant du Büro für Technikfolgenabschätzung beim Deutsche Bundestag, p. 313. Par ailleurs, on parle, toujours dans le même contexte, de la distinction entre « process » ou « product approach » (Winter, Mahro, Ginsky, « Grundprobleme des Gentechnikrecht », 1993, p. 27).
41. Wahl and Merchinger, op.cit., p. 976 et 978.
42. C'est-à-dire les mécanismes où la charge du risque éventuel soit provisionnée dès le début de l'opération par opposition aux solutions non assurancielles financées par l'impôt.

CHRONIQUES

Europe

Roland Nussbaum

Les nouvelles frontières de l'assurance sans frontière

Livres

« Hommage à l'économie sociale », de Claude Vienney

Robert Teyssier

« Éléments fondamentaux du risk management », de Yves Marquet

Jean-Marc Lamère

Communiqué

LES NOUVELLES FRONTIÈRES

de l'assurance sans frontières

vec l'entrée en vigueur, au 1^{er} juillet 1994, des 3^{es} directives d'assurance, la vague de l'économie de marché envahit ce secteur et met en exergue la question de ses frontières. Cet article esquisse deux voies de réflexion. D'abord, en apportant des éléments d'appréciation sur la réalité, la cohérence et la globalité de l'édifice constitué par le marché intérieur des services d'assurance, à travers une analyse de ses composantes. Ce sera notre premier chapitre, « Où en est-on de l'intégration du marché intérieur ? ». Puis, en mettant l'édifice ainsi décrit à l'épreuve d'une analyse des risques externes et internes qui en menacent la pérennité et à celle du constat des limites mouvantes de l'assurance. Ce sera notre second chapitre, « Le marché intérieur à l'épreuve des risques et de l'assurance ». Enfin, l'enjeu sera de reconnaître l'interaction entre les trois instruments de financement de nos problèmes de société : solidarité, mutualisation et responsabilité individuelle. Ce sera notre conclusion, « Intégrer l'assurance dans les politiques européennes, au bénéfice de la cohésion économique et sociale ».

I. OÙ EN EST-ON DE L'INTÉGRATION DU MARCHÉ INTÉRIEUR ?

1. « Intégrer », dans tous les sens du mot

Le mot convient bien, dans tous les sens que lui donne le dictionnaire Robert¹. Le sens « scolaire », d'être reçu au concours d'entrée d'une grande école, est plaisant. Il évoque l'aboutissement d'une longue et laborieuse préparation, en l'occurrence trente années et trois générations de textes successifs...

Les entreprises d'assurances y associeront aussi le souvenir des difficultés qu'elles ont pu rencontrer, dans les premiers temps, pour obtenir l'agrément d'établissement ou de libre prestation de services, auprès des autorités de contrôle de certains États membres.

Le sens « mathématique », à l'origine du précédent, ouvre sur la dimension économique du Marché commun, ambition première de la construction européenne. Intégrer le marché intérieur de l'assurance, c'est d'abord et surtout conférer au marché européen des assurances, soit 30 % du marché mondial, une capacité offensive au moins équivalente ou supérieure à celle de ses partenaires nord-américains et japonais. Équivalents en taille au marché européen, ces derniers conservent, à l'égard des marchés tiers, des barrières à l'entrée.

Le sens « par extension », synonyme d'assimiler ou d'incorporer, évoque le fait que le marché intérieur non seulement adapte au secteur les libertés du traité, en libéralisant les conditions d'exercice et d'accès aux marchés, par l'abolition du contrôle *a priori* sur les

* Expert à la division assurances et fonds de retraite de la Direction générale XV, marché intérieur et services financiers, de la Commission des communautés européennes. Les idées exprimées dans le présent article n'engagent que leur auteur et non l'organisme pour lequel il travaille.

produits, mais aussi inclut le secteur dans le champ de certaines législations horizontales, comme en matière de protection du consommateur ou de marchés publics. De sorte que la vague qui déferle, sous des apparences peu spectaculaires et dans une relative indifférence, façonne des changements profonds sur l'expression de la demande, la structure des opérateurs et l'exercice même de leur métier.

2. L'infrastructure, les transactions, les acteurs

A l'instar de tout marché, le marché intérieur des services d'assurance peut être caractérisé par son infrastructure, la nature et l'abondance de ses transactions et enfin par ses acteurs. Nous décrirons successivement ces trois composantes du marché, en notant que celui-ci est, par essence, « délocalisé ». Il s'étend en effet des transactions transfrontières internes à l'Union aux transactions entre l'Union et les pays tiers.

3. Une infrastructure administrative

Dans le cas des services d'assurance, l'infrastructure légale et administrative fondent le caractère « réglementé » du marché. Si le droit communautaire de l'assurance, bientôt codifié, donne une apparence d'infrastructure disproportionnée en regard du commerce transfrontière existant, il introduit cependant les conditions préalables d'une intensification des échanges intra-communautaires (harmonisation minimale des conditions d'exercice, reconnaissance mutuelle des contrôles, suppression du contrôle préalable des contrats et des tarifs, règles sur la fiscalité des produits, etc.).

L'infrastructure administrative reflète les fondements légaux, s'organisant en réseaux de coopération administrative, tant pour l'agrément et le contrôle que pour la fiscalité et les statistiques. Il importait que les infrastructures administratives périphériques à celle de tutelle de l'activité ne créent pas de charges supplémentaires pour les entreprises.

La coopération administrative entre autorités législatives et de contrôle des assurances s'est développée à deux niveaux. Le premier niveau a pris la forme de négociations de projets de textes, au fil des groupes de travail de la Commission ou du Conseil, de consultations périodiques régulières au sein de la Conférence des services de contrôle des États membres de l'Union européenne, qui s'instruit des sujets d'intérêt commun, et aussi, depuis trois ans, au sein du Comité des assurances, qui a compétence pour prendre les mesures d'adaptation technique des directives. Un niveau pratique s'est mis en place dès l'application des premières directives, avec l'échange de certificats de solvabilité sur les entreprises d'assurances demandant l'agrément d'établissement. Il se renforce considérablement maintenant, avec les différents échanges d'informations prévus par les 3^{es} directives. Ainsi l'autorité de contrôle du pays d'origine doit-elle être en mesure de répondre à toute demande émanant d'une autorité d'un pays d'accueil, sur les agréments et les dirigeants de toute entreprise d'assurances exerçant des activités dans ledit pays d'accueil. De même, notamment pour un certain nombre de pays membres où la part du marché réalisée en régime d'établissement ou de libre prestation de services est significative et va croissante (Irlande, Belgique, par exemple), il est important pour les autorités de contrôle de ces pays d'accueil de conserver un suivi économique de la part de marché qui échappe à leur contrôle. D'où l'organisation d'un échange d'informations statistiques entre autorités sur le volume de ces activités transfrontières. Un réseau télématique d'échange d'informations entre autorités de contrôle des assurances devrait permettre à la coopération administrative de s'organiser autour d'un registre communautaire décentralisé des entreprises d'assurances.

L'infrastructure administrative entre autorités fiscales applique les règles et procédures liées à la fiscalité spécifique du produit d'assurance : perception des taxes fiscales et para-

fiscales sur le produit, dans le pays du risque pour l'assurance non-vie, dans le pays de l'engagement (pays de résidence habituelle) pour l'assurance vie. Chaque État membre conserve pleine compétence en matière de politique fiscale et de fixation du niveau de taxe. La mise en place de ces procédures se serait accompagnée de lenteurs et de charges, aussi bien en assurance non-vie, pour la mise en place de programmes d'assurance en libre prestation de services, exigeant la ventilation de la prime par pays-lieux de risques, qu'en assurance vie, dès lors que l'assuré veut bénéficier des avantages sur la fiscalité des revenus en vigueur dans le pays de résidence habituelle.

En matière statistique, l'infrastructure découle du principe d'utiliser les données recueillies par les autorités de contrôle et agrégées, sur le plan national, par ces dernières. A partir de cette année, l'Office statistique européen, Eurostat, commencera à publier, sur ces bases, un recueil annuel de statistiques sur les entreprises de services d'assurance, qui approfondira substantiellement, pour les pays de l'Union, les statistiques publiées à une échelle plus large par l'OCDE.

Si l'infrastructure administrative ainsi décrite est en grande partie « livrée » au marché, celui-ci ne semble pas encore ressentir un grand besoin à développer des infrastructures opérationnelles. Nous y reviendrons après avoir analysé l'évolution des transactions de services d'assurance.

4. Des transactions qui reflètent l'évolution de l'expression de la demande

Alors qu'en assurance non-vie la directive coassurance communautaire² et la 2^e directive d'assurance non-vie³ prévoyaient que les autorités de contrôle assurent un suivi de l'évolution de ces transactions transfrontières, cette information économique n'a, en général, pas été disponible. Les définitions communautaires de l'activité d'assurance transfrontière ont en fait apporté un cadre légal à des pratiques existantes ou simplement tolérées, selon les pays, pour combler les absences ou insuffisances de garanties ou de capacités des marchés nationaux. Ainsi les contrats « non admis », utilisés pour des couvertures de deuxième ligne en responsabilité civile ou en assurance crédit, notamment, préfiguraient-ils ce qui devait être appelé, par la suite, libre prestation de service. De même, la coassurance communautaire était pratiquée de fait dans les segments de couverture des risques aviation ou spatiaux, par exemple.

La distinction entre grands risques et risques de masse, telle qu'elle est introduite par les arrêts de 1986 de la Cour de justice et confirmée par la deuxième génération de directives, a consacré l'évolution du marketing de l'assurance d'une segmentation par produits vers une segmentation par clients. Certains groupes industriels européens, organisés en gestion centralisée de leurs assurances, ont commencé à demander à leurs assureurs des contrats d'assurance en libre prestation de services, en lieu et place de contrats non admis ou de programmes en coréassurance, avec émission locale de contrats de fronting, permettant une centralisation par la réassurance. Ces nouvelles formes de centralisation européenne de la gestion des assurances ne sont, pour les intermédiaires et les chargés d'assurance locaux, qu'une accentuation du phénomène d'attraction de l'assurance sur les grandes places de marché. Les assureurs de grands risques internationaux, disposant d'un réseau constitué de filiales, succursales ou partenaires dans les différents pays, se sont adaptés à cette évolution de la demande de leurs clients plus qu'ils ne l'ont suscitée. Des structures de coordination des opérations grands risques ont été montées, comme par exemple le groupement européen d'intérêt économique Paneurorisk entre les filiales européennes de l'UAP.

Les directives marchés publics de services, qui incluent dans leur champ les services d'assurance, introduisent des obligations de transparence à l'expression de la demande

dans les administrations publiques⁴ et les « secteurs exclus⁵ » (eau, énergie, transport, télécommunication). A l'obligation de publier, dans le *Journal officiel* des Communautés européennes, des appels d'offres d'assurance à partir d'un certain seuil de prime s'ajoutent, pour les seules administrations, des obligations procédurales, pour le moins inhabituelles dans les relations d'assurance. La clarté en matière de service recherché et en matière de qualification du ou des prestataires impliqués que ces procédures exigent devrait conduire progressivement les demandeurs à rationaliser leur demande vis-à-vis des différents intervenants de la chaîne de l'assurance, en distinguant les services d'analyse et d'évaluation du risque (conseil et diagnostic), les services d'intermédiation, les services de gestion des sinistres et les services d'assurance proprement dits. On peut voir, dans cette clarification des enveloppes de prestations, une extension à l'ensemble des intervenants de la chaîne de l'assurance du principe de spécialisation qui s'applique aux entreprises d'assurances.

En assurance vie, les dispositions d'information obligatoire sur la performance du produit proposé avant la souscription et pendant la vie du contrat pourraient contribuer à une expression de la demande, guidée plus par la recherche de qualités intrinsèques dans les produits que par les éventuels avantages fiscaux octroyés dans certains pays membres. La fiscalité du produit d'assurance doit également contribuer à ne pas faire des différences de fiscalité entre pays membres une motivation d'achat.

Que peut apporter au développement de transactions transfrontières l'essor des autoroutes de l'information ? Force est de constater que certains réassureurs professionnels, en collaboration avec de grands courtiers internationaux et certains marchés traditionnels d'assurance, comme en particulier la place de Londres, ont déjà franchi le pas de bâtir une infrastructure informatisée permettant de telles transactions. Ils s'appuient pour partie sur les travaux d'un comité de normalisation Edifact, spécifique au secteur des assurances, auquel participent la plupart des pays membres, à travers leurs opérateurs de réseaux nationaux. Des efforts sont encore nécessaires, en matière d'identification des entreprises d'assurances, de leur offre et de définition de ses paramètres de gestion, pour que le consommateur du marché intérieur trouve des repères stables, dans une offre déjà complexe sur son propre marché national.

Une évolution du volume des transactions transfrontières en adéquation avec les efforts déployés en matière d'infrastructure sera évidemment un indicateur de réussite du dispositif du marché intérieur des services d'assurance.

Les impacts structurels sur les acteurs ont donc largement anticipé sur le développement de nouvelles formes d'activités par-delà les frontières.

5. Les effets systémiques sur les acteurs

Les acteurs sont diversement affectés par l'intensité réglementaire. A l'ensemble des mesures horizontales en matière de droit des sociétés, de concurrence, de protection des salariés au travail, des consommateurs et de l'environnement s'ajoute pour les entreprises d'assurance directe, au cœur du dispositif, le droit d'exercice, déjà évoqué.

Les exigences harmonisées en matière prudentielle et comptable, les règles de concurrence s'appliquent à l'ensemble des entreprises, sans préjudice de l'existence d'activités transfrontières.

Les 3^{es} directives ont élargi la liste des formes d'entreprises autorisées à exercer des opérations d'assurance, ce qui, notamment en France, a pour effet d'augmenter le périmètre du marché et le nombre d'entreprises d'assurances, et, partant, la pression concurrentielle, alors même que toutes les conséquences de l'application des règles de concurrence

aux spécificités de l'assurance, à sa fiscalité directe et indirecte n'ont pas encore pu être tirées. Des exigences nouvelles en matière de solvabilité complémentaire des entreprises d'assurances prises en tant que parties intégrantes d'un groupe ou d'un conglomérat financier vont probablement s'ajouter à l'édifice dans les prochaines années, introduisant certains régulateurs dans les allocations de ressources financières entre sociétés réglementées auxquelles ont pu se livrer certains.

Les entreprises de réassurance, d'une part, et les intermédiaires, d'autre part, n'ont pas connu ce long processus d'« homologation », dans le droit communautaire, de leurs activités transfrontières, qui ont été constatées de fait. Pour les intermédiaires, cependant, le besoin s'est fait sentir de veiller à ce que les critères de qualification minimale ne soient pas une objection à l'entrée dans certains marchés. En outre, rappelons l'impact que pourraient avoir les deux directives de marchés publics de services sur la définition du métier de l'intermédiaire, impliquant de fait une séparation juridique entre l'activité de conseil et d'audit en gestion des risques et d'assurance et l'activité de courtage et de gestion de contrats d'assurance. Autrement dit, le courtier qui aura établi le cahier des charges de l'appel d'offres d'assurance ne serait pas admis à concourir pour offrir une solution d'assurance.

Les fonds de retraite, en tant qu'entités, échappent encore à des mesures spécifiques, la proposition de directive sur la liberté de gestion transfrontalière des actifs de fonds de retraite n'ayant pour l'heure pas abouti, mais les principes du traité s'appliquent, notamment en matière de liberté de circulation des capitaux et des personnes.

Globalement, les libertés introduites par le traité et leur traduction dans les instruments du droit dérivé ouvrent donc la porte à certaines innovations en termes de structures financières et opérationnelles des entreprises, de métier et de produits, pour les opérateurs qui sauront tirer parti des nouvelles combinaisons et de leur effet systémique.

II. LE MARCHÉ INTÉRIEUR À L'ÉPREUVE DES RISQUES ET DE L'ASSURANCE

Soumettons maintenant cet édifice à l'épreuve des risques qui en menacent la pérennité, puis des contours encore mouvants de l'assurance selon les pays.

1. Les risques et les obstacles au marché intérieur des assurances

Suivant une typologie habituelle de l'analyse des risques, nous analyserons ces obstacles en risques naturels et technologiques, d'une part, et risques humains, d'autre part.

Les obstacles naturels tels que le relief, l'hydrographie et les océans constituent un frein au commerce, notamment celui de services. Les changements climatiques, les catastrophes naturelles et leur dérive alarmante au fil du temps constituent certainement une menace sérieuse pour l'équilibre des marchés d'assurance, par l'effet de réduction qu'ils peuvent opérer sur les capacités de réassurance qui sont majoritairement en Europe.

Il s'ensuit un durcissement des conditions d'assurabilité des risques de catastrophes naturelles, appelant éventuellement l'État membre sinistré à intervenir dans le champ de l'assurance défaillante en économie de marché, comme l'y autorise du reste l'article 92 du traité. Le problème est complexe, mais illustre la dépendance du marché intérieur des assurances aux aléas climatiques.

Les limites techniques au franchissement de la distance, pour vendre et servir les clients, constituent également un frein au commerce d'assurance. La non-performance ou l'incompatibilité des systèmes d'information et de télécommunication demeurent des obstacles courants à la concrétisation des échanges.

Les limites dans la connaissance scientifique des effets sur l'homme et l'environnement du progrès technique et la méconnaissance de leurs effets dans le temps instaurent un risque de développement, certain et donc inassurable, au sein d'une majorité d'États membres.

En termes de risques humains, outre les aspects proprement culturels, tels que différences de langues, d'habitudes de vie, de consommation et de travail, d'aversion pour le risque, qui sont autant d'obstacles majeurs à la prestation d'assurance transfrontière, on doit considérer, schématiquement, toute une série de risques politiques, tels que :

- l'accident politique, avec des menaces telles que crise militaire extérieure, crise socio-économique interne ou externe, crise idéologique ou intégriste ;
- la controverse politique, à caractère électoral, telle que celle qui existe entre Europe des nations et fédéralisme, les incompréhensions sur la subsidiarité ou sur le rôle positif à jouer par le lobbying ;
- les débats *de jure*, c'est-à-dire les divergences d'interprétation du droit communautaire de l'assurance, par exemple sur l'étendue de la notion d'intérêt général, sur la langue du contrat, qu'il incombe à la Cour de justice des Communautés européennes de trancher en dernier ressort, mais aussi les différences de régimes de responsabilité civile posant le problème de l'équité d'une indemnisation des victimes d'accidents corporels ;
- les situations *de facto*, c'est-à-dire aussi bien la politique discrétionnaire des États membres en matière fiscale que l'intensité concurrentielle effective de chaque marché, ou encore les limitations de fait du marché que sont les choix des assurés en matière d'auto-assurance ou de financement alternatif de risque et les limites de l'assurable.

L'assurabilité que traduit concrètement l'existence d'une réassurance de marché résume certainement l'une des plus épineuses difficultés à faire de l'assurance un marché unique, par les implications qu'elle a dans les différents systèmes juridiques nationaux.

2. Les limites de l'assurance et de la solidarité

Une contrainte majeure pour le marché intérieur des assurances réside dans la limite mouvante du champ de l'assurance, limite dont la définition est du ressort des États membres. Il s'agit en effet d'une limite entre un service de l'économie de marché, en l'occurrence le service d'assurance, qui entre dans le champ du marché intérieur, et une mission de solidarité ou d'intervention publique, qui incombe à la collectivité publique nationale, soit au titre du constat du sinistre, soit dans tout ou partie de la compensation financière elle-même.

Cette mouvance du champ de l'assurance est illustrée à plus ou moins grande échelle dans :

- la protection sociale (risques santé et retraite), avec un financement complémentaire ou substitutif du risque, entre des régimes obligatoires de sécurité sociale et les acteurs de l'économie de marché ;
- la sécurité civile contre les risques d'attentats et de terrorisme, avec également des fonds de garantie pour les victimes ;
- les risques majeurs, naturels, environnementaux et technologiques, avec diverses mesures interventions de l'État dans le constat du sinistre, de son étendue et dans son indemnisation ;
- les risques de crédit, avec la frontière entre risques de marché et risques à moyen et long terme, bénéficiant du soutien de l'État ;
- la sécurité routière (risque automobile) avec des mesures incitant à la prudence dans certaines lois nationales sur les assurances et la gestion d'un fonds de garantie ;
- le risque provenant de produits défectueux ;
- l'aléa thérapeutique.

Dans ces différents problèmes de société, l'assurance intervient seulement comme instrument de mutualisation des aléas. Mais leur solution ne devient satisfaisante pour tous que lorsque les deux autres éléments de l'équilibre, solidarité, d'une part, et responsabilité individuelle, de l'autre, auront été également définis avec précision⁶.

III. INTÉGRER L'ASSURANCE DANS LES POLITIQUES COMMUNAUTAIRES, AU BÉNÉFICE DE LA COHÉSION ÉCONOMIQUE ET SOCIALE

La France a en l'espèce montré la voie, tirant parti du marché intérieur des assurances pour clarifier la limite entre mutualisation et solidarité, dans le domaine de la protection sociale. A leur propre demande, les institutions de prévoyance et les mutuelles relevant du Code de la mutualité sont entrées dans le champ des 3^{es} directives d'assurance. Ainsi le financement de la protection sociale en France se partage-t-il clairement entre les trois composantes de l'équilibre décrit précédemment : ce qui relève de la solidarité nationale, ce qui relève de la mutualisation, et ce qui procède de la responsabilité individuelle. Dans le champ de la mutualisation, les règles de l'économie de marché s'appliquent donc indépendamment de la forme juridique de l'entreprise d'assurances. Cette large bande d'entreprises des diverses formes de l'économie sociale, à gestion paritaire, d'une part, à gestion mutualiste, de l'autre, aux entreprises à capitaux, apporte au système un facteur de cohésion économique et sociale.

De même, dans les domaines des atteintes à l'environnement, des catastrophes naturelles, en particulier des inondations, de l'aléa thérapeutique, de la responsabilité civile pour les produits après livraison ou des prestataires de services, les assureurs notamment ont eu, sur des cas concrets, à expliciter aux usagers, comme, dans certains cas, même aux pouvoirs publics, les possibilités et les limites de la mutualisation et le rôle de la responsabilisation individuelle. Encore faudrait-il que des pressions électorales couplées à la pression des événements catastrophiques ne perpétuent pas un déplacement opportuniste de la frontière entre solidarité et mutualisation.

Avec l'intégration des libertés du Traité dans le secteur de l'assurance, il convient de poursuivre l'intégration de l'assurance dans les politiques communautaires, au bénéfice du marché intérieur et de la cohésion économique et sociale ■

Notes :

1. *Intégrer* : v. ; du latin « *integrare* » : « rendre complet, entier » : 1^o (1700) *Math.* Effectuer l'intégration. *Intégrer une fonction* : calculer son intégrale. 2^o *Par ext.* (XX^e siècle). Faire entrer dans un ensemble en tant que partie intégrante. V. Assimiler, incorporer. *Intégrer le Conseil de la République dans le Parlement.* *Intégrer plusieurs théories dans un système.* V. Comprendre – *Arg. scol.* Être reçu au concours d'entrée dans une grande école. *Intégrer à l'École normale, à l'X – Pronominalt.* Des idées philosophiques s'intègrent en systèmes. S'intégrer dans la collectivité, dans l'armature d'un État. *Intégrable.* adj (1704). *Math.* Qui peut être intégré, dont on peut faire l'intégration. *Fonction intégrable.*
Intégrateur. n.m. (1890)...
Voir aussi : *Intégration, intégral, intégrant.*
2. Directive 78/473/CEE.
3. Directive 88/357/CEE.
4. Directive 92/50/CEE, prenant effet au 1^{er} juillet 1993.
5. Directive 93/38/CEE, prenant effet au 1^{er} juillet 1994.
6. John Rawls, dans son ouvrage « *Théorie de la justice* » (Éditions du Seuil, 1991), distingue quant à lui « les principes de la justice applicables aux institutions et les principes des devoirs et de l'obligation naturels, applicables aux individus ».

L'Économie sociale**par Claude Vienney, La Découverte, collection « Repères », 1994.**

Trois bonnes raisons, au moins, peuvent inciter l'assureur à s'intéresser aujourd'hui à l'activité, aux acteurs et au mode de fonctionnement de l'économie sociale. La première raison, commerciale, tient à l'importance, grandissante, de la sphère dite « à but non lucratif », caractéristique ne lui interdisant pas, loin s'en faut, de s'assurer... La deuxième raison a trait à la complémentarité *de facto* des entreprises d'assurances et du tiers secteur (coopératives, mutuelles *stricto sensu* et associations) dans les domaines de la protection sociale ou des services sanitaires et sociaux. Enfin, la troisième raison tient au fait qu'une part notable de l'offre d'assurance relève aujourd'hui de sociétés d'assurances à forme mutuelle (Macif, GMF, Maaf, Maif, Matmut, SMAB'TP, etc.), ou d'institutions plus spécifiques à caractère mutuel (Groupama), voire solidariste (Mutualité sociale agricole).

Nous connaissons Claude Vienney pour ses initiations plutôt originales à l'économie politique, par l'analyse de romans (London et Balzac) ; nous saluons aujourd'hui sa contribution à l'analyse de l'économie sociale dans notre pays.

La première partie du livre décrit par le menu, à la lumière de notre histoire économique et sociale, les coopératives non financières, les mutuelles d'assurances et de protection sociale et les établissements de crédit de l'économie sociale. Soulignons dans cette partie les développements fort opportuns consacrés aux comparaisons internationales.

La seconde partie du livre traite de la formation et des transformations des organisations à but non lucratif face aux nouvelles données de la société contemporaine, à l'ère de la réalité des changements nécessaires, en particulier. Or ces nouvelles données furent légion depuis trois siècles... L'auteur illustre bien, depuis l'époque de Montchrestien (1615), cette tradition un peu réfractaire de l'économie sociale à l'encontre des paradigmes inspirés par les intérêts les plus dominants... Nous aimons son aparté relatif aux pères fondateurs du Crédit mutuel ; ses développements consacrés à Charles Gide (l'oncle d'André, l'ami de Charles Rist...) et à Georges Fauquet...

Toutefois, le lecteur averti se plaît également à constater les nombreuses références à l'analyse économique moderne (théorie des jeux, théorie des organisations, théorie de l'agence, théorie des conventions, etc.) dont use M. Vienney afin de décrire et d'analyser pourquoi et comment les transformations (internationalisation, dérégulation, etc.) qui érodent les règles du jeu de la sphère marchande appellent de nouveaux « compromis » et de nouvelles frontières entre secteur marchand et secteur non marchand ; entre administrations publiques et secteur non marchand ; ainsi qu'au sein même de la sphère à but non lucratif.

Sont ainsi fort opportunément éclairées, pour le lecteur-assureur, des mutations très actuelles, comme la montée en puissance des organismes privés sans but lucratif ayant

d'autres statuts que la loi d'août 1901 (comités d'entreprise, comités de gestion des fonds sociaux préaffectés à gestion paritaire, filiales d'associations, etc.), l'émergence des associations gestionnaires d'entreprises, la filialisation de certaines activités des mutuelles d'assurances, la déspecialisation des établissements bancaires à caractère mutuel... ou comme les inflexions de la perception de l'impératif social de solidarité. Le tout est illustré par nombre de tableaux statistiques ou synoptiques, servi par une bonne présentation et un style clair. Il reste que, en l'absence d'une véritable comptabilité macrosectorielle des acteurs concourant à la valeur ajoutée de l'économie sociale, la dimension quantitative du sujet traité peut laisser le lecteur sur sa faim. A l'heure où les normes mondiales de « retours sur fonds propres », dans l'assurance comme ailleurs, incitent les entreprises à externaliser d'une manière parfois spectaculaire leurs coûts salariaux et sociaux, il serait pourtant décisif de quantifier au plus près, voire de modéliser ici ou là, à l'échelle de notre pays, les avantages (pour l'emploi ?) et les inconvénients comparatifs (coûts budgétaires de fonctionnement...) d'une réalité économique alternative qui, précisément, « désindividualise » les contraintes de rendements et de risques sur capitaux propres. Mais une telle ambition n'entre pas, il est vrai, dans l'objectif premier de l'excellente collection « Repères ». Précisons néanmoins qu'un point bibliographique, à la fin du livre de M. Vienney, fait une synthèse bienvenue sur les périodiques et sur les principales références, juridiques ou économiques, afférentes à l'économie sociale ■

Robert Teyssier, *Banque d'Orsay*.

Des primes d'assurance au financement des risques
Éléments fondamentaux de risk management,
par Yves L. Maquet, Bruxelles, Bruylant, 1992.

Voici enfin un livre de risk management décoiffant. Le style est enlevé et concis. Et le papier est moins jauni que bien des ouvrages du même genre qui peuplent nos bibliothèques. Son auteur est un homme de terrain qui jette un regard sans complaisance sur le métier et les techniques du risk management classique et qui nous propose quelques pistes pour sortir des sentiers battus.

Toutefois, le plan de l'ouvrage et quelquefois le contenu lui-même ne plaident pas autant que le postule l'auteur – et que le souhaite le lecteur – pour une rupture marquée avec les racines historiques.

On entre en effet, dès la première partie, « La gestion des assurances », dans ce qui aurait dû n'être que l'une des conséquences de l'analyse et de la gestion des risques. Ce choix, visiblement délibéré autant qu'historique, permet au lecteur d'enrichir son florilège des déviances ataviques tant des assurés que des assureurs. L'auteur, qui insiste sur la décomposition de la prime par rapport aux « risques purs » et aux risques courants, rappelle à juste titre les différences de points de vue entre l'assuré et l'assureur et ce qu'elles impliquent en termes de stratégie, notamment en ce qui concerne l'usage des statistiques (combien confondent probabilité et fréquence ! combien utilisent l'espérance mathématique pour des phénomènes rares et peu reproductibles !...).

Il insiste également beaucoup sur le poids des taxes et les aspects fiscaux (en particulier vis-à-vis des provisions) en prodiguant de sages conseils.

La réduction des taxes plus encore que celle des primes alimente plusieurs chapitres. Celui qui traite des franchises est captivant, tandis que celui qui se rapporte aux captives nous affranchit. Le premier est un véritable bréviaire du réassureur à l'usage de l'assuré en auto-assurance à l'égard de l'assureur : c'est clair, synthétique et juste. Le second vous dira, en vingt-deux pages seulement, tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur les captives, avec de pertinentes et réitérées mises en garde sur la fragilité des avantages fiscaux.

Suivent un honnête chapitre sur la souscription des risques purs et un conventionnel chapitre sur le courtage, qui précèdent la seconde partie, « La gestion des risques », que l'on attend avec un appétit aiguisé par la sagacité de la première. La qualité de la table n'est pas, de mon point de vue, à la hauteur de la publicité qu'on en fait. Beaucoup d'histoire nous conduit du management des assurances au risk management.

L'élargissement nécessaire du point de vue est étayé par un début – mais un début seulement – de mobilisation de l'entreprise face aux risques et à la sécurité. On peut penser que l'auteur a volontairement fait l'impasse sur une vision de l'ensemble des risques de l'entreprise contemporaine (on n'y trouve qu'une check-list ancienne et humant exagérément l'assurance), et c'est dommage. On peut aussi penser que l'auteur

a volontairement fait l'impasse sur le panorama et les perspectives des moyens de sécurité, et c'est encore dommage. Si les aspects humains liés aux risques et à la sécurité sont bien abordés, le lien qualité-sécurité, si important pour « vendre » la sécurité dans l'entreprise, n'est pas abordé.

La métrique des enjeux est développée dans un intéressant chapitre, « Critère de la perte et critère de l'échec » ; toutefois, le lien méthodologique entre les objectifs et indicateurs de la direction générale et les critères métriques d'impact n'est pas franchement abordé. Les techniques d'identification des risques que décrit l'auteur sont classiques, mais l'aspect social et humain de l'approche y est bien mis en valeur. Je reste un peu déçu par les réflexions sur les « matrices de risque », à juste titre contestées par les travaux de Morgenstern sur la théorie de l'aversion pour le risque (démontrant la dissymétrie entre impact et possibilité d'occurrence) et l'emploi des fonctions d'utilité pour la définition métrique de la gravité économique d'un risque.

Que ces quelques reproches n'oblitérent pas la qualité de cet ouvrage qui le place, de mon point de vue, en tête du peloton de la catégorie... Et le livre d'être conclu sur une réflexion à mon sens juste et porteuse d'espoir : « Pour réussir à faire passer le message, la condition nécessaire et suffisante est d'abandonner le langage de l'assurance pour adopter celui de l'entreprise. » ■

Jean-Marc Lamère, directeur adjoint, *Apsad*.

Revue d'Économie financière n° 31 (hiver 94/95)

Corporate governance : « Le Gouvernement d'entreprise »

Multiplication des « affaires » dans les milieux industriels et financiers, OPA de plus en plus hostiles, guerres familiales arbitrées par la bourse : l'actualité récente montre l'importance d'une réflexion de fonds sur la question des pouvoirs et de leur répartition dans l'entreprise. Les Américains, en lançant le thème du « Corporate Governance », ont commencé à mener à bien cette réflexion. Il est temps que la France en fasse autant.

La Revue d'Économie financière (REF), fidèle à sa politique « d'agitation intellectuelle » (cf. les numéros récents sur la crise de l'immobilier ou les marchés financiers émergents) a décidé de s'intéresser à la question, en s'adressant aux meilleurs spécialistes parmi lesquels figurent, entre autres, Jean Saint-Geours, Michel Albert, Stephen Prowse ou Jonathan P. Charkham.

La Revue d'Économie financière vient ainsi de publier dans le cadre de son dernier numéro (n° 31), un dossier consacré au Gouvernement d'entreprise, traduction française de la notion « Corporate Governance ». La sortie de ce dossier constitue une première et tombe à point nommé pour alimenter le débat actuel sur :

- l'évolution du rôle des investisseurs institutionnels dans les grandes entreprises et ses conséquences sur l'organisation et la gestion de celles-ci ;
- les relations de pouvoir entre actionnaires, administrateurs et gestionnaires au sein des entreprises cotées en bourse ;
- le pouvoir des banques dans les entreprises ;
- l'évolution du capitalisme français qui n'est plus familial mais n'est pas encore véritablement institutionnel, etc.

Le prix unitaire du numéro 31 de la *Revue d'Économie financière*
est de 160,00 francs (TTC et port compris)

Pour tout renseignement :
Association d'Économie financière
110, rue de l'Université 75007 Paris
Tél. : 45 44 04 11 - fax : 40 49 91 04



ABONNEMENT À LA REVUE « RISQUES »

A retourner à : **SCEPRA - 9, rue d'Enghien - 75010 PARIS**

Tél. : (33) (1) 42.47.93.56 - (33) (1) 40.22.06.67

Fax : (33) (1) 42.47.94.25 - (33) (1) 40.22.06.69

Nom et prénom

Institution ou entreprise

Adresse

Code postal Ville

Pays Tél.

Je souhaite m'abonner à la revue <i>Risques</i>	QTÉ	PRIX TTC	TOTAL TTC
<input type="checkbox"/> Abonnement de soutien (4 numéros/an)	2 000 F	.....
<input type="checkbox"/> Abonnement 1995 du n° 21 à 24 inclus	700 F	.....
<input type="checkbox"/> Abonnement (4 numéros/an) à partir du n° 18	600 F	.....

Je commande les numéros suivants :

<input type="checkbox"/> N° 1 : Les Horizons du risque .....	.....	épuisé	.....
<input type="checkbox"/> N° 2 : Les Visages de l'assuré (1 ^{re} partie) .....	.....	125 F	.....
<input type="checkbox"/> N° 3 : Les Visages de l'assuré (2 ^e partie) .....	.....	125 F	.....
<input type="checkbox"/> N° 4 : La Prévention .....	.....	125 F	.....
<input type="checkbox"/> N° 5 : Age et assurance .....	.....	épuisé	.....
<input type="checkbox"/> N° 6 : Le Risque thérapeutique .....	.....	125 F	.....
<input type="checkbox"/> N° 7 : Assurance crédit/Assurance vie .....	.....	125 F	.....
<input type="checkbox"/> N° 8 : L'Heure de l'Europe .....	.....	125 F	.....
<input type="checkbox"/> N° 9 : La Réassurance .....	.....	épuisé	.....
<input type="checkbox"/> N° 10 : Assurance, droit, responsabilité .....	.....	150 F	.....
<input type="checkbox"/> N° 11 : Environnement : le temps de la précaution .....	.....	150 F	.....
<input type="checkbox"/> N° 12 : Assurances obligatoires : fin de l'exception française ? .....	.....	épuisé	.....
<input type="checkbox"/> N° 13 : Risk managers-assureurs : nouvelle donne ? .....	.....	150 F	.....
<input type="checkbox"/> N° 14 : Innovation, assurance, responsabilité .....	.....	150 F	.....
<input type="checkbox"/> N° 15 : La Vie assurée .....	.....	150 F	.....
<input type="checkbox"/> N° 16 : Fraude ou risque moral ? .....	.....	150 F	.....
<input type="checkbox"/> N° 17 : Dictionnaire de l'économie de l'assurance .....	.....	150 F	.....
<input type="checkbox"/> N° 18 : Éthique et assurance .....	.....	150 F	.....
<input type="checkbox"/> N° 19 : Finance et assurance vie .....	.....	150 F	.....
<input type="checkbox"/> N° 20 : Les Risques de la nature .....	.....	150 F	.....
<input type="checkbox"/> N° 21 : Assurance et maladie .....	.....	190 F	.....
<input type="checkbox"/> « Responsabilité et indemnisation » .....	.....	100 F	.....
<input type="checkbox"/> « Assurer l'avenir des retraites » .....	.....	100 F	.....
<input type="checkbox"/> « Les Entretiens de l'assurance 1993 » .....	.....	100 F	.....

Tampon

de l'entreprise **Date** **Total**

Je vous joins le montant de : F à l'ordre de SCEPRA « RISQUES » par :

Chèque bancaire Chèque postal Virement en francs français
Banque Hervet, Agence principale Trinité, compte SCEPRA : 30368 - 00072 - 007216 Q 0617 - 35

SARL au capital de 50 000 F - RCS : PARIS B 353 120 934 - SIRET : 353 120 934 000 16 - APE : 221 E

TVA intracommunautaire FR 12353 120 934

RISQUES

Les Cahiers
de l'assurance

Édités par
SARL SCEPRA
Principal associé
SARL SEDDITA
9, rue d'Enghien
75010 Paris

Directeur de la publication
Pierre Bollon

Rédaction
2, rue de la Chaussée-d'Antin
75009 Paris

Directeur de la rédaction
François Bourguignon,
directeur d'études
EHESS

Secrétaire de rédaction
Dominique Steib
Tél. : 42.47.93.56
Fax : 42.47.94.25

Direction artistique
Catherine Feuillie

Illustration de couverture
Paul Gendrot

Correcteur
Alix Ratouis

**Numéro de commission
paritaire : 72.325**
Dépôt légal : mars 1995
ISSN : 1152-9253

Abonnement annuel :
4 numéros par an
Prix de l'abonnement :
700 F TTC
(prix au numéro : 190 F TTC)

**Photocomposition,
photogravure, impression,
roulage :**
Morel et Corduant
11, rue des Bouchers
59800 Lille
Tél. : 20.57.44.96

Hommage à Henri Margeat
Bernard Cerveau, Michel Ehrenfeld, André Favre-Rochex, James Landel

ASSURANCE ET MALADIE

Présentation	12
Organiser le marché de l'assurance maladie	Peter Diamond 17
L'évolution du « managed care » aux États-Unis :	
les PHOs	Patrick Warin 43
Assurance maladie et intégration verticale	Stéphane Jacobzone 57
La fonction de la demande de soins ou l'Arlésienne du marché	Lise Rochaix 69
L'assurance privée dans la couverture du risque maladie	Jean-Pierre Moreau 87
Innovation et assurance santé :	
le rôle de l'assurance privée	Agnès Bague-Forst 95
L'assurance santé complémentaire :	
le piège et comment en sortir	Jean de Kervasdoué 103
Coût d'une maladie : peut-on l'évaluer ?	Pierre-Yves Geoffard, Yves-Antoine Flori 117
Médecine prédictive et assurance santé	François Bourguignon, Jean-Jacques Duby 125

Rubriques

Risk management

Formation et gestion des risques	Jean-Paul Louisot 141
----------------------------------------	-----------------------

Précaution

A propos de la notion de précaution	Herman Cousy 149
-------------------------------------------	------------------

Chroniques

Europe

Les nouvelles frontières de l'assurance sans frontière	Roland Nussbaum 165
-----------------------------------------------------------------	---------------------

Livres

♦ « <i>Hommage à l'économie sociale</i> », de Claude Vienney, par Robert Teyssier	
♦ « <i>Éléments fondamentaux du risk management</i> », de Yves Marquet, par Jean-Marc Lamère	172

Communiqué