

Déterminants économiques du recours aux soins : enjeux et réalités

Ce cours vous est proposé par Jérôme Wittwer, Professeur des universités en économie, Université de Bordeaux, et AUNEGe, l'Université Numérique en Économie Gestion.

Table des matières

Préambule.....	2
Les constats immédiats pour la France.....	2
Les connaissances tirées des expérimentations randomisées américaines.....	5
L'expérimentation contrôlée de la Rand Corporation.....	5
L'expérimentation naturelle de l'Oregon.....	8
Des connaissances limitées sur l'effets du prix sur le recours aux soins en France ..	11
Les effets des copaiements sur la santé	13
Références	15

Préambule

Objectifs d'apprentissage : comprendre les enjeux politiques et méthodologiques de la mesure de l'élasticité prix de la demande de soins ; connaître et savoir interpréter les résultats de la littérature scientifique, en apprécier les limites et la portée.

Les constats immédiats pour la France

Etudier les déterminants économiques du recours aux soins n'est pas chose aisée. S'intéresser à l'association entre revenu et le recours aux soins demande de pouvoir observer simultanément le revenu et les consommations de soins d'un échantillon représentatif d'individus. Ceci est aujourd'hui possible grâce aux rapprochements de données administratives de sources différentes : données de l'assurance maladie et données fiscales par exemple. Ces données ne suffisent pourtant pas pour isoler l'effet du revenu sur le recours aux soins d'individus partageant le même besoin. Constaté que la consommation de soins des individus les plus pauvres est identique à celle des ménages les plus riches ne signifie pas que le recours aux soins ne dépend pas du revenu. Il est en effet possible que les ménages les plus pauvres aient des besoins de soins plus importants et donc que ce constat cache en réalité des recours aux soins différents pour un même besoin. Il est donc nécessaire d'observer les besoins de soins des individus, en même temps que leur revenu et leurs recours aux soins, pour être en capacité de raisonner à besoins donnés.

A cette fin on peut recourir à des données d'enquête interrogeant les personnes sur leurs états de santé tout en collectant des informations sur leurs revenus et leurs recours aux soins. La figure 1 mobilise ce type de données et compare la probabilité (odds ratio) d'avoir visité un généraliste ou un spécialiste (pendant les 12 derniers mois) en fonction du quintile de revenu des individus tout en contrôlant de leurs états de santé c'est-à-dire en neutralisant les différences d'états de santé entre individus appartenant à des quintiles de revenu différents¹. On observe, qu'en prenant pour références le quintile le plus pauvre (dont l'odds ratio est arbitrairement fixé à 1), la

¹ Graphiques tirés de Carré et al (2019).

probabilité de recourir aux soins augmente avec le revenu quel que soit le type de soins considéré, bien qu'à des rythmes différents².

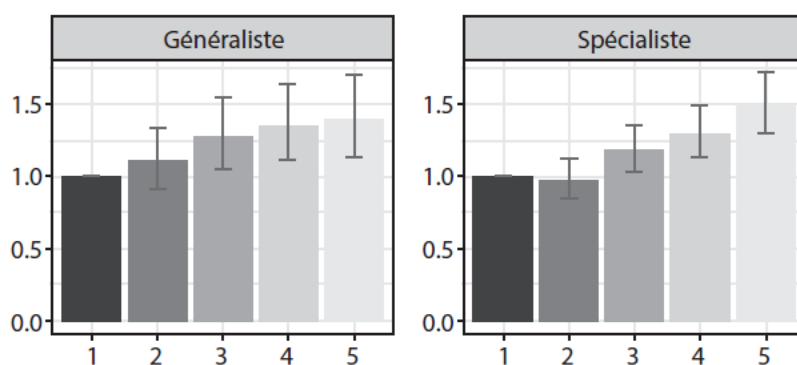


Figure 1 : recours aux soins par quintile de revenu (odds ratio) contrôlé par le sexe, l'état de santé déclaré, la déclaration d'une maladie chronique (ALD) et la disponibilité locale de l'offre de soins (APL). Jusot et al (2019)

Lecture : les quintiles sont classés du plus pauvre au plus riche (en abscisse « 1 » désigne les 20% les plus pauvres et « 5 » les 20% les plus riches) ; en ordonnées les valeurs des odds ratios ; les moustaches noires représentent les intervalles de confiance à 5%

Cela ne prouve pour autant pas l'existence de barrières financières qui freineraient l'accès aux soins des plus pauvres. Comme nous l'avons discuté dans le chapitre sur la consommation de soins les barrières informationnelles, la littératie en santé, sont des facteurs importants du recours aux soins qui peuvent être corrélés au revenu.

On parle de barrières financières quand le prix des soins conduit les ménages les plus pauvres à renoncer aux soins pour privilégier d'autres consommations. La figure 1 nous montre que le gradient revenu (l'intensité du lien entre odds ratio et revenu) est plus marqué pour les soins de spécialistes que pour les soins de généralistes ce qui est compatible avec l'hypothèse de barrières financières puisque les dépassements d'honoraires (qui ne sont pas, ou imparfaitement, remboursés même pour ceux couverts par une assurance complémentaire santé) sont beaucoup plus fréquents pour les soins de spécialistes que pour les soins de généralistes.

² Il est en fait abusif de parler de probabilités. Il s'agit en fait d'odds ratios : la probabilité de l'évènement (avoir visité un généraliste ou un spécialiste) divisée par la probabilité que l'évènement ne se réalise pas. L'odds ratio est fixé arbitrairement à 1 pour la catégorie de référence (ici le premier quintile de revenu, les 20% le plus pauvres). Quand l'odds ratio est supérieur à 1 cela signifie bien que la probabilité de l'évènement est plus élevée que pour la catégorie de référence. Cependant un odds ratio de 1,5 ne peut être interprété comme un rapport de risques signifiant par exemple que la probabilité de visiter un spécialiste est 50% plus élevée pour les personnes du dernier quintile (les 20% les plus riches) par rapport à celle des personnes du premier quintile.

Pour confirmer cette hypothèse, il est néanmoins nécessaire d'estimer la sensibilité de la demande de soins au prix. On peut, là aussi, s'en remettre à des données d'enquête pour comparer les consommations de soins des individus couverts par une complémentaire santé avec les consommations de ceux qui ne sont pas couverts par une telle assurance. La figure 2 compare ainsi le recours aux soins de trois populations : (i) les personnes couvertes par une complémentaire santé (population de référence), (ii) les personnes couvertes par la CMU-C³ et (iii) les personnes sans couverture complémentaire santé.

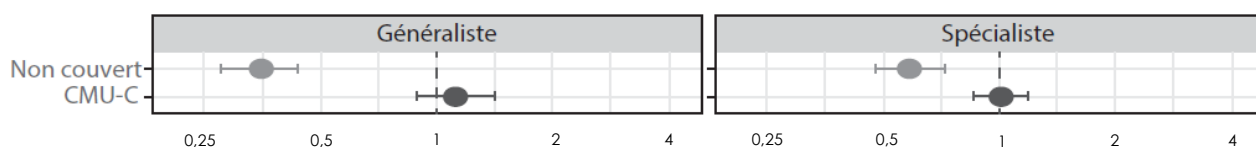


Figure 2 : recours aux soins en fonction du type de couverture complémentaire (odds ratios) contrôlé par le sexe, l'état de santé déclaré, la déclaration d'une maladie chronique (ALD) et la disponibilité locale de l'offre de soins (APL). Jusot et al (2019)

Lecture : en abscisse les odds ratios (le trait pointillé correspond à la référence : personnes couvertes par une complémentaire santé) ; on lit pour chaque groupe (en noire les personnes couvertes par la CMU-C et en clair les personnes non couvertes) les odds ratios en abscisse ; les moustaches représentent les intervalles de confiance à 5%

On constate que les personnes non couvertes par une assurance complémentaire santé (plus nombreuses dans les quintiles de revenu les plus modestes) ont une probabilité plus faible de recourir aux soins. Ce constat est attendu puisque ces individus doivent payer des tickets modérateurs quand ils consomment des soins alors que ceux-ci sont systématiquement remboursés pour les individus couverts par une complémentaire santé ou par la CMU-C. Ceci semble indiquer que la demande de soins est élastique aux prix des soins ce qui pourrait également expliquer, au moins partiellement, le gradient revenu constaté sur la figure 1 sous l'hypothèse que la sensibilité au prix de la demande de soins d'un individu est d'autant plus forte que le revenu est faible.

Malheureusement le constat d'une association entre couverture par une complémentaire santé et recours aux soins ne permet pas aussi aisément de conclure que la demande soins est élastique au prix. En effet, on ne peut pas écarter l'hypothèse que les individus couverts par une complémentaire sont des personnes qui ont des besoins de soins plus importants ou des préférences pour la santé plus marquées. Dans ce cas l'association entre couverture par une

³ Couverture Maladie Universelle Complémentaire, nom à la date de l'enquête de l'assurance complémentaire santé gratuite à laquelle les ménages les plus pauvres peuvent recourir (Appelée aujourd'hui Complémentaire Santé Solidaire (CSS) non contributive).

complémentaire santé et recours aux soins ne rendrait pas compte d'une élasticité prix de la demande de soins mais simplement le fait que les individus couverts ont des besoins de soins plus importants (qui ne sont pas totalement capturés par les variables de contrôle rendant compte de l'état de santé) ou des préférences pour la santé les conduisant à recourir plus souvent aux soins pour des mêmes besoins. On parle **d'effet de sélection** pour rendre compte du fait que les populations couvertes sont différentes de celles non couvertes. On parle également de **facteurs de confusion (non observables dans les données mobilisées)** pour expliquer que l'association entre couverture et recours aux soins ne peut être interprété comme **un lien de causalité** mais comme la conséquence des effets de caractéristiques individuels (facteurs de confusion) corrélés à la fois au fait d'être couvert et de recourir plus souvent aux soins.

Il n'est pas aisé de contourner cette difficulté. De nombreux travaux ont cherché à évaluer l'effet causal des prix sur le recours aux soins, ceux qui ont eu le plus d'influence mobilisent des expérimentations reposant sur des affectations aléatoires des individus entre différents niveaux de couverture. Elles ont été conduites aux États-Unis.

Les connaissances tirées des expérimentations randomisées américaines

L'expérimentation contrôlée de la Rand Corporation

La plus célèbre des expérimentations conduites pour estimer l'élasticité prix de la demande de soins est celle conduite aux États-Unis dans les années 1970. Elle est connue sous le nom de Rand Experiment du nom de la Rand (pour Research and Development) Corporation, fondation américaine indépendante et à but non lucratif promouvant la recherche sur les politiques économiques et sociales (santé, éducation, environnement, pauvreté ...). Cette expérimentation a coûté par loin de 300 millions de dollars (en dollars d'aujourd'hui).

Cette expérimentation a été conduite dans un contexte politique bien particulier. Le président Johnson a en 1965 promulgué le Social Security Act mettant en place deux programmes fédéraux de couverture santé financés sur fonds publics : Medicare pour les personnes âgées de plus de 65 ans et Medicaid pour les ménages les plus pauvres (situés en dessous du seuil de pauvreté fédéral) et accueillant des enfants. Ces programmes ambitieux, dans le contexte américain, se sont révélés coûteux dans un pays très soucieux de la parcimonie des dépenses publiques (financées par impôt) et de leur bon usage. Les opposants à ces programmes, et à Medicaid en particulier, ont notamment défendu l'idée que ce programme allait conduire à des dépenses excessives en raison de comportements relevant de l'aléa moral (voir chapitre ??) et

conduisant à des dépenses indues et finalement à un gâchis de fonds public. Cette question est toujours aujourd'hui largement débattue à chaque nouvelle réforme du système de santé comme les débats sur l'Affordable Care Act (connue sous le nom d'Obamacare), qui a conduit notamment à élargir la population couverte par Medicaid (voir Buchmueller et al, 2016), l'a plus récemment montré.

Des économistes de la Rand Corporation ont voulu éclairer le débat en cherchant à évaluer le coût social de Medicaid et donc le coût de l'aléa moral (ex-post) associé à ce programme. Comme nous l'avons vu dans le chapitre ??? le coût de l'aléa moral est directement fonction de l'élasticité prix de la demande de soins. Plus l'élasticité est forte plus la baisse des prix permise par la couverture santé va conduire à une augmentation de la consommation de soins et donc à un coût social élevé⁴. Si l'élasticité prix est nulle le coût de l'aléa moral sera nul également. La Rand Corporation s'est ainsi donné pour but d'évaluer l'élasticité prix de la consommation de soins.

Pour éviter d'être confronté au problème de sélection évoqué plus haut, les économistes de la Rand Corporation ont tout simplement décidé d'imaginer une expérimentation randomisée. Ils ont ainsi, dans plusieurs villes américaines, tirés au sort des individus américains qu'ils ont répartis aléatoirement en plusieurs groupes. Il a été proposé aux individus tirés au sort de souscrire une assurance santé à titre gratuit. Dans chacun des groupes les personnes se sont vu proposer des contrats avec des taux de copaiement (le pourcentage des consommations de soins à la charge du patient) différents : 0%, 25%, 50% et 95%. Ces individus ont été suivis pendant plusieurs années avec pour objectif de comparer les consommations de soins entre les différents groupes. On comprend que la répartition aléatoire dans chacun des groupes permet d'éviter les effets de sélection (les individus ne choisissent pas leur groupe et donc leur taux de copaiement) et permet ainsi une interprétation causale de l'association observée entre taux de copaiement et consommation des soins et donc permet l'estimation d'élasticités prix : les individus de chaque groupe sont identiques en tout (en termes d'état de santé et de préférences pour la santé en particulier) puisque tirés au sort, seuls les prix des soins (les reste-à-charge) diffèrent d'un groupe à l'autre. En conséquence, les différences de recours de soins éventuelles ne peuvent s'expliquer que par l'effet des prix.

⁴ Nous avons vu dans le chapitre ?? que l'augmentation des soins expliquée par l'effet revenu de la baisse des prix des soins ne peut être considérée comme un coût social (c'est un transfert de revenu des bien-portants vers les patients). Seul l'effet substitution causé par la baisse des prix des soins, soit l'effet d'arbitrage à revenu donné entre consommations de soins et autres consommations, peut être considéré comme un coût social. Ce point a fait l'objet de débats académiques intenses (Grignon et al, 2018).

La force du protocole tient au fait qu'un pourcentage relativement réduit d'individus ont refusé de participer à l'expérimentation. Des taux de refus de participation trop élevés auraient pu laisser craindre une sélection en creux, les personnes refusant dans les différents groupes pouvant être en effet différents. Tous les contrats (quel que soit le taux de copaiement) proposaient une couverture totale pour les dépenses dépassant un certain montant. Compte tenu du prix des contrats d'assurance santé aux Etats-Unis, un contrat gratuit qui offrait ce type de couverture « haut risque » (pour les dépenses élevées) était en effet très attractif quel que soit le taux de copaiement ce qui a permis un taux de participation relativement élevé. Malgré tous les refus de participation ont pu atteindre entre 10 et 30% en fonction des groupes.⁵

Nous avons proposé d'analyser les résultats dans le cas d'étude du chapitre **???**. Le tableau 1 reprend le tableau des principaux résultats tirés du travail de synthèse de Aron-Dine et al (2013). Ces résultats sont contrastés. Pour les dépenses (annuelles) de soins de ville l'expérimentation montrent une relation monotone entre dépenses et taux de copaiement : plus le taux de copaiement est élevé moins les dépenses sont importantes ce qui rend compte d'une élasticité prix (négative).

On observe plus encore que la baisse est plus marquée (l'élasticité est plus forte) quand le taux de copaiement passe de 0% à 25% que quand il passe de 25% à 50% ou encore de 50% à 95% (voir le cas d'étude du chapitre **???**). Ce résultat a été souvent considéré comme un résultat encourageant puisqu'il permet de conclure qu'un taux de copaiement modéré suffit à modérer la hausse des dépenses de ville due à la couverture santé. On sait en effet que les copaiements nuisent au bien-être des individus averses au risque qui préfèrent ne pas être confrontés au risque financier associé aux dépenses de soins (voir chapitre **??**). Par ailleurs, laisser un copaiement fait peser le risque de creuser les inégalités de recours aux soins au détriment des plus pauvres ce qui éloigne le système de santé de l'objectif de l'équité horizontale dans l'accès aux soins. Pire encore, réduire le recours aux soins de premiers recours peut avoir des effets délétères sur l'efficacité du système de soins en repoussant la prise en charge de pathologies dont une prise en charge précoce pourrait tout à la fois limiter les dépenses et améliorer l'état de santé des patients. En conséquence un taux de copaiement élevé est certainement dommageable. Constaté donc qu'un taux de copaiement réduit suffit à diminuer sensiblement les dépenses de soins laisse à penser qu'il est possible de trouver une voie raisonnable entre modération des dépenses (modération du coût de l'aléa moral) et équité du système de soins.

⁵ Aron-Dine et al (2013) ont réanalysé les résultats de l'expérimentation de la Rand Corporation en traitant plus systématiquement les biais liés aux refus de participer et à l'attrition sans que les principales conclusions de l'expérimentation soient modifiées.

Les résultats de l'expérimentation pour les dépenses à l'hôpital sont en revanche moins clairs, on n'observe pas de relation monotone entre taux de copaiement et dépenses de soins. L'expérimentation de la Rand ne donne pas d'argument fort pour introduire des copaiement pour les dépenses hospitalières.

Tableau 1 : Dépenses annuelles (dollars 2011) des soins en fonction du taux de copaiement
(Rand Corporation Experiment, Aron-Dine et al 2013)

	Taux de copaiement			
	0%	25%	50%	95%
Dépense de soins de ville	1343\$	923\$	804\$	714\$
Dépense de soins hospitaliers	827\$	598\$	831\$	610\$

L'expérimentation naturelle de l'Oregon

Plus récemment une réforme mise en place par l'Etat américain de l'Oregon a permis d'évaluer l'effet d'une couverture assurantielle sur le recours aux soins des individus les plus modestes. Cet Etat a décidé dans les années 2000 d'élargir le programme Medicaid, dédié à la couverture des dépenses de soins des ménages les plus pauvres (sous le seuil de pauvreté fédéral), aux ménages sans enfant. En effet, l'obligation fédérale faite aux états américains de mettre en œuvre le programme Medicaid était réduite aux ménages avec enfant(s) comme nombre de prestations sous conditions de ressources aux Etats-Unis.

Le budget disponible pour financer cette extension du programme était cependant insuffisant pour permettre de proposer la couverture Medicaid à tous les ménages sans enfant et sous le seuil de pauvreté. Afin de satisfaire la contrainte budgétaire l'Etat de l'Oregon a décidé de tirer aux sorts les ménages qui pourraient bénéficier de cette extension. Les personnes concernées (c'est-à-dire celles vivant dans un ménage sans enfant et sous le seuil de pauvreté) devaient faire la démarche de s'inscrire sur une liste auprès des services compétents de l'Etat de l'Oregon. Les personnes qui ont pu bénéficier de cette extension de Medicaid ont été tirées au sort dans cette liste.

Des chercheurs américains ont tiré bénéfice de cette expérience naturelle randomisée⁶ pour évaluer l'impact de la couverture des dépenses de soins offerte par Medicaid sur le recours aux soins et la santé des bénéficiaires. La randomisation mise en œuvre par l'Etat de l'Oregon permettait en effet de contourner les biais de sélection habituels puisque les bénéficiaires n'avaient pas choisi de l'être (ils avaient juste choisi de faire la démarche de s'inscrire sur la liste), pas de risque donc que leurs besoins de soins soient plus importants ou que leurs préférences pour la santé soient plus fortes que les non bénéficiaires inscrits sur la liste. Les chercheurs ont plus précisément comparé, parmi les personnes inscrites sur la liste, le groupe des personnes qui ont pu bénéficier de Medicaid après tirage au sort avec le groupe des personnes qui n'ont pas été tirées au sort.

Le tableau ci-dessous résume les principaux résultats des travaux conduits à partir de cette expérimentation naturelle. On pourra se référer à Baicker et al (2013) pour un éventail de résultats plus large.

Tableau 2 : effet de la couverture Medicaid et sur les dépenses de soins et la santé perçue (Baicker et al, 2013)

	Groupe de contrôle	Bénéficiaires
Dépense de soins annuels (\$, 2011)	3257	4429
Dépense catastrophiques (%)	5,5	1
Santé perçue inchangée ou meilleure (%)	80,4	72,6

A la lecture du tableau 2 nous observons des différences significatives concernant non seulement les dépenses de soins mais également les dépenses de soins catastrophiques et la santé perçue.

Pour les dépenses de soins on remarque que la couverture par Medicaid se traduit par une augmentation des dépenses confirmant ainsi les travaux de la Rand Corporation. Il n'est pas

⁶ On parle d'expérience naturelle quand elle est le résultat de la pratique courante des acteurs du système de santé (ou des acteurs de tout autre politique) à la différence d'une expérience contrôlée qui est construite par les expérimentateurs (les chercheurs) à dessein d'une évaluation (et donc très généralement randomisée).

possible ici de comparer la sensibilité de la consommation de soins au prix avec celle mesurée dans l'étude de la Rand Corporation puisque la baisse des prix permise par la couverture Medicaid est en fait très hétérogène en fonction du type de soins et des lieux de soins. On observe néanmoins une augmentation des dépenses très nette de l'ordre de 36% ce qui laisse penser à une élasticité forte et certainement plus forte que celle observée dans l'expérimentation de la Rand Corporation (même en considérant une baisse des prix de 100% ce qui ne correspond pas à la réalité en raison de copaiements laissés aux bénéficiaires de Medicaid) ce qui n'est pas surprenant puisque la population étudiée dans l'Oregon est une population très pauvre plus sensible au prix que la population générale.

Les dépenses de soins catastrophiques sont définies comme des reste-à-charge dépassant 40% de revenu disponible. C'est un sujet très important pour la régulation du système de santé. D'une part parce que ces reste-à-charge catastrophiques génèrent un stress important pour les personnes concernées et d'autre part parce qu'elles se traduisent par des impayés pour les structures de soins qui sont délétères pour l'équilibre budgétaire de ces structures et coûteuses en termes de gestion des contentieux. On constate que la couverture Medicaid permet de réduire considérablement le pourcentage d'individus contraints à des dépenses catastrophiques.

On note enfin que le pourcentage de personnes se déclarant en meilleure santé ou dans un état de santé inchangé (comparativement à un an auparavant) sont plus nombreux parmi les bénéficiaires de l'extension du programme Medicaid que parmi ceux n'ayant pu bénéficier de ce programme. L'effet est modeste et mesuré sur la santé subjective (déclarée par les personnes). Il serait également intéressant de mesurer les effets sur des variables objectives d'état de santé. On touche ici une question importante qui est celle de l'effet de l'assurance santé sur l'état de santé des personnes. Ce point est délicat parce que les effets attendus sont généralement attendus dans le moyen et long terme sachant que dans les pays nord-américains ou européens les soins urgents sont pris en charge indépendamment de la solvabilité des patients. L'accès aux soins favorisés par la couverture santé pourrait ne pas avoir un effet immédiat sur la santé mais différé grâce à une meilleure prise en charge pour les soins courants et pour les soins de prévention en particulier. Nous discutons ce point dans la section suivante.

L'expérience naturelle de l'Oregon démontre une très forte sensibilité des individus pauvres aux prix des soins. Une meilleure couverture des dépenses de soins se traduit par une augmentation de leurs consommations de soins ce qui confirme que la demande de soins est élastique au prix et que le programme Medicaid conduit à une hausse des consommations de soins. C'est bien entendu l'objectif de ce programme, cela n'écarte pas pour autant la question du coût de l'aléa Moral, question brûlante aux États-Unis quand on parle du programme Medicaid. Comme

nous l'avons souligné dans le chapitre ??? la hausse des consommations de soins induite par la baisse des prix des soins n'est pas imputable entièrement à un coût social, elle est aussi le résultat d'un transfert de pouvoir d'achat vers les patients (l'effet revenu). Plus encore, dans le cas présent, ce transfert doit être compris comme une volonté du régulateur de favoriser les ménages les plus pauvres, la hausse des consommations de soins est la conséquence souhaitée par le régulateur du programme d'assurance santé Medicaid. La réponse de l'économiste pourrait être de faire remarquer qu'il y a un moyen plus efficace de favoriser les ménages pauvres qui consiste plus directement à augmenter leur revenu par des politiques de redistribution.

Ce serait ignorer la spécificité du bien santé. Les populations peuvent considérer comme plus légitime d'égaliser l'accès aux soins que de redistribuer le revenu. C'est une contrainte de légitimité politique (qui peut varier dans l'espace, entre pays, et dans le temps naturellement) qui donne un poids particulier à l'accès égal aux soins. C'est ainsi que dans de nombreux pays les copaiements peuvent varier en fonction du revenu, les ménages les plus pauvres bénéficiant de copaiements faibles voire nuls pour éviter que les copaiements ne nuisent de trop à l'équité dans l'accès aux soins.

En tous les cas ces expérimentations américaines montrent très clairement que la demande de soins est sensible aux prix et que cette sensibilité est particulièrement marquée parmi les ménages les plus pauvres. Cette connaissance est importante pour guider les politiques publiques. Mais que sait-on sur l'élasticité prix de la demande de soins en France ?

Des connaissances limitées sur l'effets du prix sur le recours aux soins en France

La situation en France est bien différente de celle aux Etats-Unis puisqu'en France l'assurance maladie couvre l'ensemble de la population résidente durablement en France (à l'exception des personnes n'ayant pas fait valoir leur droit). On ne peut donc pas comparer des personnes couvertes et des personnes non couvertes pour évaluer à quel point la demande de soins est sensible aux prix.

Il est néanmoins possible d'étudier l'effet de la couverture complémentaire santé. Nous savons en effet que l'assurance maladie obligatoire laisse à la charge de l'assuré social un copaiement, appelé en France ticket modérateur. Ce ticket modérateur peut être couvert grâce à la souscription d'une complémentaire santé. Le prix des soins pour les personnes couvertes est en effet comparativement plus bas que pour les personnes non couvertes. Malheureusement, et

nous l'avons évoqué en début de chapitre, une comparaison naïve entre personnes couvertes par une complémentaire et personnes non couvertes n'est pas judicieuse puisque que les personnes couvertes peuvent avoir des besoins de soins plus importants ou des préférences pour la santé plus forte que celles n'ont couvertes. On n'échappe pas aux effets de sélection par ce type de comparaison.

Or il n'existe pas d'expérimentation (naturelle ou contrôlée) en France qui permettrait de contourner ces effets de sélection. Certains travaux ont cherché néanmoins à s'affranchir des biais de sélection en s'appuyant sur des hypothèses identifiantes raisonnables (qui permettent si elles sont vérifiées d'estimer un effet causal, sans biais). On peut citer par exemple le travail de Albouy et Crépon (2007) qui ont exploités le fait que dans certaines entreprises la couverture complémentaire étaient obligatoires et donc non soumises aux choix des individus (et donc à des effets de sélection). Ils montrent que la couverture complémentaire santé augmente la probabilité de visiter un médecin (de 10%) et n'a pas d'effet sur le recours à l'hôpital. Si dans cette étude les effets ne sont pas mesurés sous formes d'élasticité ils confirment l'effet modéré d'une baisse des prix sur le recours aux soins de ville et l'absence d'effet sur les soins hospitaliers. Ces résultats, s'ils ne sont directement comparables avec ceux de l'expérimentation de la Rand Corporation, vont dans le même sens néanmoins.

La question de l'élasticité prix de la demande de soins est particulièrement ouverte en France parce que les reste-à-charge des assurés sont assez modestes, en tous les cas pour les soins de ville et il est naturel de se demander si ces copaiements ont un quelconque effet sur le recours aux soins. Est-ce un instrument possible pour modérer les dépenses ? Y a-t-il un risque pour l'accès aux soins des plus pauvres ?

A l'hôpital si les taux de copaiements sont plus faibles les dépenses sont élevés et les reste-à-charge peuvent être importants mais d'un autre côté les recours aux soins à l'hôpital sont souvent contraints par la nécessité médicale du recours (les résultats de l'expérimentation de la Rand Corporation ne montrent d'ailleurs pas de résultats nets pour les soins à l'hôpital).

Force est de constater que nous ne savons pas grand-chose sur l'élasticité prix de la demande de soins en France. Que se passerait-il si les tickets modérateurs n'étaient plus remboursables ? Ou de manière plus réaliste si les franchises non assurables étaient élargis ? Quels effets sur le recours aux soins ? Pour les ménages pauvres en particulier ? Et quels effets sur la santé publique des populations ?

Il y a peu d'éléments empiriques solides à ce jour pour répondre avec un peu de précision à ces questions. Pour finir ce chapitre il est utile de revenir sur la dernière question posée sur les

conséquences en termes de santé publique des reste-à-charge laissés aux usagers des systèmes de santé

Les effets des copaiements sur la santé

Dans le principe de l'équité dans l'accès aux soins se cache l'objectif de construire un système de santé qui fasse que les opportunités de vivre en bonne santé ne dépendent pas de la capacité à payer des individus. Comme nous l'avons déjà discuté la santé apparaît souvent dans l'opinion comme un bien spécifique qui doit être également distribué, mettant à mal la logique welfariste qui prend en considération les arbitrages possibles entre les différents types de bien, santé et revenu par exemple, et juge que l'égalisation des opportunités de santé ne doit pas se faire trop radicalement au détriment du revenu, du revenu des plus pauvres en particulier. L'objectif dans une logique welfariste redistributive c'est le bien-être des plus désavantagés et celui-ci est défini par la santé et le revenu et pas seulement par la santé. Dans cette logique il n'y a donc pas de raison de faire du principe d'égalité dans l'accès aux soins un principe intangible si, *in fine*, il nuit au bien-être des plus désavantagés en impactant leurs revenus.

Cependant dès lors que les inégalités d'accès aux soins conduisent à des inégalités de santé, la logique welfariste d'arbitrage santé/revenu est souvent rejetée et le principe d'équité dans l'accès aux soins défendu indépendamment ou presque des questions d'efficacité. En tous les cas la réalité de l'impact du prix des soins sur la santé est certainement essentiel dans les discussions autour de la juste politique de régulation par les prix des dépenses de soins.

Comme nous l'avons discuté précédemment il n'est pas aisé d'évaluer précisément l'effet de l'accès financier aux soins sur la santé, car, au-delà des problèmes de sélection déjà longuement évoquée, se pose la question du temps nécessaire pour mesurer les effets de recours aux soins contrariés pour des raisons financières.

Une façon indirecte de mesurer cet impact est de considérer les effets du prix des soins sur le recours à des soins préventifs comme les dépistages ou les consultations de suivi pour les malades chroniques dont on sait l'impact à moyen et long terme sur la santé. Sur ce point l'expérimentation de l'Oregon apportent quelques résultats (Tableau 3) soulignant l'impact négatif du coût des soins pour les personnes éligibles à Medicaid sur les soins préventifs.

Tableau 3 : Actes de prévention (12 derniers mois) et couverture Medicaid (Expérimentation de l'Oregon ; Baicker et al, 2013)

	Groupe de contrôle	Bénéficiaires
Dépistage du taux cholestérol (%)	27,2	41,8
Frottis cervical (%)	44,9	59,3
Mammographie (%)	28,9	58,6

L'expérimentation de la Rand présente des résultats plus contrastés, elle a mis néanmoins en évidence, qu'au sein de la population la plus pauvre, les personnes souffrant d'hypertension artérielle ont vu leurs états se dégrader dans les groupes devant acquitter des copaiements.

Des résultats plus récents en Espagne et aux USA mettent en évidence un impact de la couverture par une assurance santé sur la mortalité. En Espagne, Juanmarti Mestres et al (2021) montrent ainsi que la suppression dans certaines régions du programme d'assurance pour les migrants sans papier a augmenté sensiblement le taux de mortalité de cette population. Goldin et al (2019) montrent aux Etats-Unis que l'assurance santé réduit la mortalité. Les auteurs exploitent un envoi d'un courrier informant les contribuables qu'ils devront payer une amende s'ils ne souscrivent pas une assurance santé (l'assurance santé étant devenue obligatoire après l'Affordable Care Act promulgué en 2010). Les personnes qui ont reçu ce courrier ont plus de chance de souscrire une assurance santé et voient leur mortalité diminuer, l'effet est faible mais significatif. C'est une preuve forte, reposant sur une expérience randomisée, de l'impact de l'assurance maladie sur la mortalité.

Ces résultats sont difficiles à généraliser et sont fortement dépendants des contextes et des populations étudiées. Ils tendent cependant à montrer que l'accès financier aux soins peut être aussi une affaire de santé et que l'utilisation des copaiements pour modérer la consommation de soins à des fins d'efficacité doit être utilisée avec prudence en particulier pour les populations les plus pauvres dès lors, tout au moins, que le régulateur se fixe pour objectif de ne pas générer des inégalités de santé par des contraintes financières d'accès aux soins.

Références

Albouy V., Crépon B. (2007), Moral hazard and health insurance: an evaluation based on Rubin's causal framework, Documents de Travail de l'Insee - INSEE Working Papers, 2007-12.

Aron-Dine A, Einav L, Finkelstein A. (2013), The RAND Health Insurance Experiment, three decades later. J Econ Perspect. 2013 Winter; 27(1):197-222.

Baicker K, Taubman SL, Allen HL, Bernstein M, Gruber JH, Newhouse JP, Schneider EC, Wright BJ, Zaslavsky AM, Finkelstein AN; Oregon Health Study Group (2013). The Oregon experiment--effects of Medicaid on clinical outcomes. N Engl J Med. 2013 May 2;368(18):1713-22.

Buchmueller T., Wittwer J. (2017). L'Obamacare : principes fondateurs et premiers résultats. Revue française des affaires sociales, 231-248.

Chiappori P.A., Durand F., Geoffard P.Y. (1998), Moral hazard and the demand for physician services: first lessons from a French natural experiment, European Economic Review.

Geoffard P.Y. (2000), Dépenses de santé : l'hypothèse d'aléa moral, Economie et prévision, vol 142.

Goldin J., Lurie I.Z., McCubbin J. (2021), Health Insurance and Mortality: Experimental Evidence from Taxpayer Outreach, The Quarterly Journal of Economics, Volume 136, Issue 1.

Grignon, M., Hurley J., Feeny D., Guindon E., Hackett C. (2018), Moral Hazard in Health Insurance, CEconomia: History, Methodology, Philosophy, Vol 8-3, september.

Juanmarti Mestres A., López Casasnovas G., Vall Castelló J. (2021), The deadly effects of losing health insurance, European Economic Review, Volume 131.

Jusot F., Carré B., Wittwer J. (2019), Réduire les barrières financières à l'accès aux soins, Revue française d'économie, vol. 34, n°1, p. 133-181.

Comment citer ce cours ?

Economie de la Santé, Jérôme Wittwer, AUNEGe (<http://aunega.fr>), CC – BY NC ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Cette œuvre est mise à disposition dans le respect de la législation française protégeant le droit d'auteur, selon les termes du contrat de licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>). En cas de conflit entre la législation française et les termes de ce contrat de licence, la clause non conforme à la législation française est réputée non écrite. Si la clause constitue un élément déterminant de l'engagement des parties ou de l'une d'elles, sa nullité emporte celle du contrat de licence tout entier.

Figures

Figure 1 : recours aux soins par quintile de revenu (odds ratio) contrôlé par le sexe, l'état de santé déclaré, la déclaration d'une maladie chronique (ALD) et la disponibilité locale de l'offre de soins (APL) 3

Figure 2 : recours aux soins en fonction du type de couverture complémentaire (odds ratios) contrôlé par le sexe, l'état de santé déclaré, la déclaration d'une maladie chronique (ALD) et la disponibilité locale de l'offre de soins (APL) 4

Tableaux

Tableau 1 : Dépenses annuelles des soins en fonction du taux de copaiement 8

Tableau 2 : effet de la couverture Medicaid et sur les dépenses de soins et la santé perçue (Baicker et al, 2013) 9

Tableau 3 : Actes de prévention (12 derniers mois) et couverture Medicaid (Baicker et al, 2013) 14