



HAL
open science

Développer le marché de l'assurance pour le "bien" du patient. Les dangers d'un paternalisme marchand

Philippe Batifoulier

► **To cite this version:**

Philippe Batifoulier. Développer le marché de l'assurance pour le "bien" du patient. Les dangers d'un paternalisme marchand. RDSS. Revue de droit sanitaire et social, 2019. hal-02424724

HAL Id: hal-02424724

<https://sorbonne-paris-nord.hal.science/hal-02424724v1>

Submitted on 28 Dec 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Développer le marché de l'assurance pour le "bien" du patient. Les dangers d'un paternalisme marchand¹

Philippe Batifoulier, Professeur d'économie à l'Université Paris 13 (CEPN)

Si les Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie se sont toujours intéressés à la prévention, ils se sont largement engagés ces dernières années dans des dispositifs invitant les assurés à adopter des « bons comportements santé » au quotidien. Ces actions sont présentées comme des missions au service de la santé individuelle mais aussi pour la santé publique et l'intérêt général.

S'appuyant sur le développement du numérique et des objets connectés, ces actions concernent un large spectre de domaines allant de la nutrition à l'arrêt du tabac en passant par l'activité physique et la prise en charge du stress. Ainsi un système de récompense a été lancé par Axa en 2014 octroyant des chèques cadeau pour ceux qui ont eu un mode de vie sain et équilibré pendant quatre semaines, sanctionné par le verdict rendu par un bracelet électronique. Il existe de nombreux exemples de ce type² et l'imagination des assureurs semble sans limite dans un univers concurrentiel où il est important de se distinguer.

L'un des produits les plus commentés est le programme *Vitality* créé par la société *Generali* en 2016 qui permet aux adhérents bénéficiaires de contrats collectifs de santé ou de prévoyance³, de réaliser des objectifs personnalisés récompensés par des points convertissables en avantages commerciaux dans des enseignes comme Club Med, Transat Voyage, Weight Watchers ou Séphora, Fnac, Décathlon, etc.

Le respect d'objectifs de santé n'est pas toujours assorti de récompenses. Il peut aussi être sujet à des malus quand un lien est fait entre la prime et la sinistralité. Dans ce registre, la franchise cautionnée permet aux assurés les moins consommateurs d'être récompensés par des remboursements d'une partie de leurs cotisations mais aucune caution n'est remboursée si la consommation de soins de l'assuré est importante. Dans le contrat vendu par l'assureur *John Hancock* en 2018, le verdict rendu par le podomètre en nombre de pas effectués et les calories brûlées peut aussi bien se convertir en bonus qu'en malus (pénalité de 15 dollars)⁴.

¹ Cet article s'inscrit dans le cadre de l'ANR MARISA ANR-17-CE26-0018. Je remercie Victor Duchesne et Anne Sophie Ginon pour leurs commentaires sur une version antérieure du texte.

² A.-S. Ginon, « *L'assurance comportementale : de quoi parle-t-on ?* », RDC 2017/2, p. 321. E. Chelle, « La complémentaire santé comportementale : un nouveau logiciel assurantiel ? », *Revue de droit sanitaire et social* 2018, p. 674.

³ Il s'agit d'un programme indépendant du contrat d'assurance proposé si l'employeur est assuré chez Generali. Il est accessoire au contrat d'assurance.

⁴ Voir E. Chelle, « La complémentaire santé comportementale : un nouveau logiciel assurantiel ? », *Revue de droit sanitaire et social* 2018, p. 674. Et Marion Del Sol, « Le profilage en ligne : entre libéralisme et régulation » in "Le profilage en ligne : entre libéralisme et régulation" (dir. A. Bensamoun et S. Turgis) à paraître en 2019 aux éditions Mare et Martin.

Si ces nouveaux dispositifs de responsabilisation⁵ sont moins développés en France qu'aux Etats-Unis ou en Allemagne, ils consolident une trajectoire consacrant une approche du risque se focalisant sur les déterminants individuels de santé et ignorant l'ancrage social de la maladie. Ils véhiculent une conception libérale de la justice, se présentant comme des innovations « plus justes » car faisant payer moins ceux qui sont le plus soucieux de leur santé et risquophobes. La conception de la solidarité qui est mise en avant ici repose sur le principe de contributivité, chère au fondamentalisme assurantiel⁶. L'assurance santé est rapprochée de l'assurance automobile où les conducteurs n'occasionnant pas d'accidents peuvent accumuler des points de bonus/ malus et une réduction/ augmentation du montant de leur prime. Ce raisonnement du type « pay how you drive » est transposé à l'assurance santé considérée comme une assurance comme une autre⁷.

L'adoption de « bons comportements » a une valeur marchande : adopter une vie plus saine diminue le coût de l'assurance santé pour les assureurs. Aussi ces nouveaux dispositifs d'assurance mettent en avant des « devoirs comportementaux » qui ouvrent des droits nouveaux, et même parfois, des droits à prestations supplémentaires. L'assuré est incité à être plus performant en pratiquant une activité physique régulière, améliorant son indice de masse corporelle et régulant son taux de cholestérol⁸. Dans le programme Vitality, le nombre de points obtenus définit sa hiérarchie dans le programme octroyant un statut: bronze, argent, or ou platine. Cette nouvelle forme d'assurance consacre l'assuré comme entrepreneur de sa santé.

Cette stratégie des assureurs est paternaliste au sens où elle impose quelque chose à quelqu'un pour son « bien » (comme dans les relations familiales). Les devoirs comportementaux introduisent un contrôle sous couvert de protection. Imposer une décision ou une action à quelqu'un supposément pour son bien ne signifie pas forcément que cette personne ait forcément la même idée de ce qui est « son bien ». Cette stratégie peut même être menée contre l'idée que la personne se fait elle-même de ce que c'est que « ce bien ». Ce sont de telles caractéristiques que l'on retrouve dans le paternalisme marchand en matière d'assurance santé.

Ce texte est consacré au paternalisme marchand qui désigne les stratégies mises en œuvre par les assureurs privés pour promouvoir leur marché au nom du bien-être du patient et revendiquant des objectifs relevant de la santé publique et de l'intérêt général. Ce paternalisme marchand s'est d'abord nourri de la « politique de la demande » consistant pour les pouvoirs publics à prendre des mesures dites de « partage des coûts avec les patients ». Les franchises, tickets modérateurs, forfaits, etc. se sont développés au nom de la lutte contre les gaspillages et l'activation de la responsabilité du patient. Ces instruments pour faire baisser les dépenses ont conduit à développer le marché car les patients ont cherché à refinancer leurs frais de santé par leur assurance complémentaire. Le transfert de charge de l'assurance publique vers l'assurance privée est ainsi justifié au nom du « bien » du patient. C'est donc un argument paternaliste qui est mis en avant pour faire payer le patient.

⁵ AS Ginon et F. Guiomard , « Quelles limites à la responsabilisation des salariés et des entreprises ? », in Travail et protection sociale : de nouvelles articulations ?, ss la dir. de M. Borgetto, AS Ginon, F. Guiomard et D. Piveteau, Coll. Grands colloques, LGDJ, 2017, p 179.

⁶ Voir l'article de Philippe Batifoulier et Anne Sophie Ginon dans ce numéro

⁷ Didier Torny. "Mon corps est-il une bagnole ?" Socio-fiction assurantielle. Revue française des affaires sociales, La documentation française, 1995, 49 (4), pp.67-77.

⁸ A.-S. Ginon, « L'assurance comportementale : de quoi parle-t-on ? », RDC 2017/2, p. 321. A.-S. Ginon Le glissement de l'assurance maladie obligatoire vers les complémentaires : vers une autre conception des dépenses de santé ? RDSS 2017.

A ce paternalisme marchand de première génération a succédé un second paternalisme, directement piloté par l'AMC qui occupe une position importante et parfois dominante sur certains soins et a de fait davantage d'autorité pour conduire le patient à se gouverner en individu responsable. Le second paternalisme se nourrit de l'autonomisation de l'AMC par rapport à l'AMO et se construit non plus une vision du patient comme homoéconomicus mais sur une conception du patient qui fait des erreurs systématiques, mauvaise pour sa santé et qu'il convient de remettre dans le « droit chemin ».

Le nouveau paternalisme n'est cependant pas en rupture avec l'ancien. Les fondamentaux sont identiques. Il s'agit de mettre en place un gouvernement des conduites individuelles axé sur le marché et mettant à distance la loi ou la discipline ou réduisant le droit à un rôle incitatif. Les individus sont considérés comme des sujets éthiques car responsables mais restent fondamentalement emprisonnés dans une conception économiste.

1 Justifier le développement du marché par la quête de responsabilité

1.1 Faire payer les malades : une stratégie inégalitaire au service de la responsabilisation

L'assurance santé a toujours été guidée par une certaine forme de paternalisme plaidant pour orienter les comportements des assurés vers des objectifs choisis. L'une des voies pour y parvenir est la mise en avant de la nécessité de faire payer le patient pour une partie de ses frais de santé. Les dispositifs de « partage » des coûts (Ticket modérateur, franchise, forfaits, etc.) ont permis historiquement, dans un contexte de généralisation de la sécurité sociale en 1945, à la mutualité de conserver un espace d'affaires puis à l'ensemble des assureurs de développer leur activité. L'organisation française de l'assurance santé sanctifie le reste à charge (RAC) dans le cadre d'une assurance complémentaire (complétant les remboursements à l'intérieur du tarif de la sécurité sociale et non pas seulement au-delà). Ces dispositifs de partage des coûts sont aussi justifiés par la théorie économique standard de l'assurance⁹ pour laquelle une couverture santé généreuse est contreproductive car elle incite au gaspillage et réduit le bien-être collectif. Le raisonnement est directement issu de la théorie microéconomique des marchés : l'assurance santé n'est rien d'autre qu'une baisse artificielle du prix des soins médicaux (avec une assurance, le soin est moins cher) qui incite les individus à consommer alors qu'ils n'en ont pas besoin si la consommation n'améliore pas l'état de santé.

L'argument ne consiste pas à dire que l'assurance augmente la consommation de soins, ce qui relevé de l'évidence, mais que la consommation de soins induite par une bonne couverture santé n'est pas nécessaire à l'amélioration de l'état de santé¹⁰. Les individus dépensent « sans compter » parce qu'ils sont bien assurés. L'assurance santé, quand elle est généreuse, conduit à de la surconsommation de soins. C'est toute la collectivité qui est pénalisée par cette surconsommation car les ressources mobilisées inutilement en dépenses de santé pourraient être utilisées ailleurs (pour l'éducation ou le logement par exemple). Au total, l'individu est perdant à une couverture santé trop ample. Il faut alors réduire la couverture de l'assuré pour

⁹ M. Pauly, « The economics of moral hazard. Comment », *American economic review*, n°58, 1968, p. 531-537.

¹⁰ Cette réduction de couverture est sans danger sur la santé si elle n'est pas trop forte (de l'ordre d'un ticket modérateur de 30 %). Faire payer le patient ne conduirait ainsi qu'à réduire la consommation superflue et sauvegarde la consommation importante (celle qui améliore l'état de santé). Sous ces conditions, on peut sécuriser et développer l'organisation du renoncement aux soins pour raison financière.

baisser la dépense de santé. Il faut donc faire payer le patient pour son « bien » et les déremboursements sont justifiés au nom de la responsabilité individuelle.

L'argument est de nature paternaliste car il met systématiquement en avant le fait que le patient perd à être trop protégé et c'est dans son intérêt que l'on doit mettre en œuvre une stratégie de déremboursement.

Cette approche souffre de nombreuses inexactitudes et d'une profonde incompréhension de ce qu'est le soin de santé. Ainsi, ce ne sont pas tous les individus qui bénéficient de la baisse de prix promise par l'assurance santé mais uniquement les malades. Le bien portant n'a pas besoin de soins même si le prix est nul. Ce n'est pas parce que la transplantation rénale est gratuite que tout le monde en veut une. On ne prend pas plaisir à passer un dimanche aux urgences parce que c'est bien remboursé alors que l'angoisse face à la maladie relègue au second plan la possibilité de surconsommer parce qu'on est bien assuré¹¹. L'approche économiste ignore la réalité de la maladie en considérant que le malade est un homo economicus comme les autres.

De plus, croire que faire payer le patient ne va supprimer que les soins superflus relève de la chimère. Les politiques de partage de coûts avec le patient sont aveugles aux types de soins et le renoncement aux soins n'épargne pas les soins primordiaux comme le montrent de très nombreuses études empiriques¹². Rendre le soin plus cher conduit à déployer une « stratégie des 3 R » : renoncement aux soins, retard et report de soin vers des lieux plus accueillants comme l'hôpital, mieux pris en charge. Or, la dépense hospitalière financée par les budgets publics est différée et majorée.

Introduire volontairement des barrières financières dans l'accès aux soins est source d'inégalités qui frappent d'abord les malades mais qui déteignent aussi sur l'ensemble du tissu social dans la mesure les inégalités impactent sur la santé des populations¹³. La mauvaise prise en charge du soin des malades a aussi des effets délétères sur les finances publiques en induisant de nouvelles dépenses par les mécanismes de retard et de report de soin.

Dans ces conditions, faire payer le patient « pour son bien » est un argument fragile et ce paternalisme assurantiel est difficilement justifiable si la stratégie de déremboursement nuit à la fois à sa santé et à la sécurité collective.

1.2 Moraliser le patient par le développement de l'assurance privée

Pour autant, faire payer le patient est devenu un modèle de régulation pour tous les pays même s'il est plus accentué dans certains pays comme la France¹⁴. Le partage des coûts avec

¹¹ L'économiste américain John Nyman a beaucoup développé ce point: J. Nyman, «American health policy: cracks in the foundation », *Journal of health politics, Policy and Law*, Vol. 32, n 5, 2007, p.759-783; J. Nyman, , «Health insurance theory: the case of the missing welfare gain », *European Journal of health economics*, n°9, 2008, p.369-380. Voir aussi, P. Batifoulie, « Faire payer le patient : une politique absurde », *Revue du MAUSS*, 41 (1), 2013, p. 77-92.

¹² Par exemple, P. Dourgnon, F. Jusot et R. Fantin, « Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », *Economie publique*, 2012 ; 28-29 : 123-147. A. Chandra, J. Gruber et R. McKnight, Patient Cost-Sharing and Hospitalization Offsets in the Elderly *American Economic Review*, 2010; 1 :193-213.

¹³ Wilkinson R, *L'égalité, c'est la santé*, Demopolis, Paris, 2010.

¹⁴ Quesnel-Vallée, A., Renahy, E., Jenkins, T., Cerigo, H., « Assessing barriers to health insurance and threats to equity in comparative perspective: the health insurance access database », *BMC health services research*, Vol. 12, n°107, pp 1-12, 2012. Reibling, N.: « Healthcare systems in Europe: towards an incorporation of patient access », *Journal of European Social Policy*, vol.20, n° 5, 2010, pp. 5-18.

le patient s'accompagne du transfert de charge de l'assurance publique à l'assurance privée. C'est ce transfert de charge et non le partage des coûts en lui-même qui est au cœur de l'argument paternaliste. Faire payer le patient provoque des dommages collatéraux sur les inégalités, la santé publique et les finances publiques. Mais la vertu supposée de cette stratégie est de conduire les patients à se tourner vers une assurance privée pour couvrir leur frais de santé. La responsabilisation du patient est alors recherchée dans le développement du marché, jugé le plus apte à discipliner les individus. Deux types d'arguments peuvent être distingués.

L'argument « macroéconomique » s'appuie sur la critique systématique de la dépense publique : l'assurance privée se justifie – *par défaut* – parce qu'elle n'est pas de la dépense publique. Son développement permet de transférer des prélèvements obligatoires publics en prélèvements obligatoires privés. En effet, la réduction de la dépense publique de santé ne signifie pas suppression de la dépense totale mais le transfert vers le privé dans la mesure où payer une assurance santé est souvent considéré comme une dépense contrainte et non comme un choix souverain dont on pourrait se passer.

L'argument « microéconomique » repose sur la quête de la responsabilité du patient. Le gaspillage induit par une assurance santé généreuse est considérée comme une propriété de l'assurance publique alors que l'assurance privée va inciter efficacement le patient à se conduire comme un individu responsable. L'assurance privée est réputée mieux à même d'internaliser le coût social du comportement de l'assuré en spécifiant les polices d'assurance en fonction du risque. Un patient trop bien assuré est suspecté d'avoir tendance à ne pas lésiner sur la dépense en soins comme en honoraires et à rechercher le progrès technique. Or, l'assurance privée va combattre la « sur quantité » des soins, le « sur prix » ou la « sur qualité » en les faisant payer. Elle est alors plus efficace pour organiser le renoncement aux soins et inciter à l'effort. Dans cette argumentation, la responsabilisation du patient est donc reliée au développement du marché. La mise à contribution financière du patient doit être suffisamment forte pour avoir une incidence sur son comportement. La cohérence de cette stratégie recommande au régulateur public de faire en sorte que le patient supporte un effort financier significatif et/ou assume ses choix au travers de son contrat d'assurance.

Le développement du marché, en encourageant la responsabilité individuelle et la libre prévoyance serait mieux armé pour lutter contre la sur consommation et la prise de risque excessive. C'est pourquoi, les critiques faites à l'assurance santé dans son ensemble vont se muer en promotion de l'assurance privée. La logique contractuelle qui préside au fonctionnement de l'assurance privée est préférée au développement de la sécurité sociale qui nuirait à la responsabilité individuelle.

L'assurance privée se construit ainsi sur un paternalisme assurantiel. Elle s'étend alors pour le « bien » du patient. Elle responsabilise pour réduire les dépenses mais sans fabriquer du renoncement, si elle a été bien éduquée à la solidarité à l'aide de dispositifs juridiques bien choisis. Il est alors non seulement possible, mais aussi nécessaire, de rendre obligatoire l'assurance privée puisqu'elle peut et doit remplir des missions de service public¹⁵.

Le paternalisme assurantiel est alors véhiculé par le marché de l'AMC qui organise un gouvernement des conduites où les assurés sont invités par des dispositifs incitatifs bien choisis à s'orienter vers des comportements responsables. Les contrats d'assurance sont présentés comme bons pour l'assuré comme pour la collectivité en assumant une fonction éthique.

¹⁵ Voir l'article de Philippe Batifoulier et Anne Sophie Ginon dans ce numéro.

L'industrie de l'assurance a toujours cherché à se positionner sur le terrain de la moralité pour justifier son activité. L'assurance est en effet considérée initialement comme immorale parce qu'elle fait des paris sur l'avenir et assimile l'existence humaine à une loterie, ce qui déroge à la morale religieuse par exemple. La stratégie des assureurs pour convaincre de la moralité de leur activité et développer leur marché a été de promettre d'écartier de l'assurance tous ceux qui dérogeraient aux bonnes mœurs. La mise à distance du spectre de l'immoralité et des mauvais penchants des assurés vise à rendre l'assurance « morale » et à stigmatiser les mauvaises intentions et derrière elles, certaines communautés¹⁶.

La mission paternaliste d'éducation à la responsabilité que se donne le marché de l'assurance est une expression moderne de l'affichage « moral » des assureurs. Un tel affichage est nécessaire à leur commerce¹⁷.

2. Nouveau paternalisme assurantiel et comportement entrepreneurial des assurés

2.1 L'autonomisation de l'AMC et le paternalisme de seconde génération

La moralisation du marché de l'assurance se construit sur la moralisation des assurés par la mise en place de dispositifs nouveaux qui entendent les amener à adopter des comportements « responsables ». Ces dispositifs incitent le patient à adopter des comportements « bons » pour la santé. Cette vision « hygiéniste » des contrats d'assurance se construit sur l'émancipation de l'AMC vis à vis de l'AMO puisque les nouveaux produits d'assurance individuels et collectifs sont souvent déconnectés des protections habituelles et mettent à distance la complémentarité avec l'AMO.

A l'inverse du précédent, ce nouveau paternalisme a pour point de départ la reconnaissance que les individus ne sont pas rationnels au sens de la théorie économique. Le transfert vers l'AMC et le développement du marché ne se justifient plus parce que les individus sont parfaitement rationnels mais au contraire parce qu'ils ne le sont pas¹⁸.

L'ancien paternalisme assurantiel, qui consistait à faire payer le patient pour son bien et à se retourner vers une assurance privée, était intimement lié à une vision de l'assuré comme homoéconomus. Dans la théorie économique standard, l'opportunisme de l'assuré à l'origine des gaspillages, est la réaction attendue d'un individu puisqu'il est supposé parfaitement rationnel et qu'il cherche donc, en toutes circonstances, à utiliser l'assurance santé pour tirer la couverture à lui.

C'est parce que les assurés sont considérés comme des homoéconomus, sensibles uniquement à leur propre intérêt qu'il faut les responsabiliser par le seul moyen efficace : l'incitation financière, qui active précisément leur intérêt bien compris. Or, en matière de santé, le malade est bien éloigné de la figure de l'homoéconomus qui n'a pas de problèmes de naissance et de survie, ni de passions associées à la crainte de la maladie et de la mort,

¹⁶Sur ce registre, voir Baker Tom, « On the Genealogy of Moral Hazard », *Texas Law Review*, 1996, 75(2), p. 237-292. Dembe Allard and Boden Leslie I « Moral Hazard : A Question of Morality ? », *New Solutions*, 2000, 10(3), p. 257-279. Batifoulier P. (2016) « Performativité et théorie conventionnelle. Une application à l'assurance santé », *L'Homme et la Société*, numéro spécial : L'économie entre performativité, idéologie et pouvoir symbolique.

¹⁷ Même s'il est souvent suspect car les assureurs santé ont fait la preuve qu'ils étaient mal placés pour se poser en champion de la moralité.

¹⁸ Philippe Batifoulier et Anne Sophie Ginon, « *Les métamorphoses de la protection sociale complémentaire : vers un paternalisme assurantiel ?* », Publié dans : Livre blanc : l'assurance face aux défis des nouvelles formes de travail, La fabrique de l'assurance, octobre 2018, p 37-39.

puisque il est d'emblée immortel. Le consommateur prévoyant n'a rien à voir avec le malade angoissé. Les individus sont loin d'être clairvoyant : ils peuvent faire des choix qui sont mauvais pour leur santé (en sucre, en graisse etc.). Les humains sont terriblement humains et sont dotés d'émotions ou agissent de façon impulsive.

Ce changement de conception est important au niveau théorique. Avec l'économie comportementale, on reconnaît désormais que les individus ont des capacités cognitives limitées et font des erreurs¹⁹. Le succès de l'économie comportementale a une audience sur les politiques publiques et privées car l'économie standard est largement intégrée au monde politique. Elle donne un fondement théorique au développement de l'assurance comportementale et a des applications sur le façonnage des dispositifs à mettre en œuvre et notamment des produits d'assurance. En effet, si le comportement individuel est biaisé, ces biais sont considérés comme automatiques ou réguliers et dès lors prévisibles. Les erreurs ou les défauts sont présumés systématiques et non plus aléatoires. On peut alors probabiliser les biais et les maîtriser. C'est sur ses bases que se développe le second paternalisme assurantiel.

Débiaiser les individus à grande échelle revient à construire une architecture des choix qui oriente à faire les « bons » choix, en particulier ceux qui sont « bons » pour la santé individuelle et collective, pas seulement à court terme mais aussi à long terme. La méthode pour guider les individus à faire de meilleurs choix est qualifiée de « nudge » (en français, pousser du coude) qui a la propriété essentielle de ne pas contraindre la liberté individuelle. C'est pourquoi, on la qualifie de paternalisme libertarien. Elle cherche à faire en sorte que les individus fassent ce qu'il aurait dû faire s'ils avaient été rationnels.

La rationalité parfaite, celle de l'homoéconomus, reste en effet l'idéal à atteindre et la norme qui permet de juger les écarts et les erreurs. L'économie comportementale n'est donc pas en rupture avec la théorie économique standard. Elle n'en est qu'un prolongement.²⁰

La santé et l'assurance santé sont des domaines d'application classique de cette conception. Les études en économie comportementale en matière de couverture santé montrent par exemple qu'un nombre trop faible ou trop élevé d'options au contrat d'assurance réduit le taux de souscription alors qu'un nombre moyen semble l'augmenter. Quand les individus ont souscrit une police d'assurance, ils n'en changent pas ou peu même si le prix augmente, ce qui choque la rationalité de l'homoéconomus. C'est pour cela que ces comportements sont qualifiés d'erreur de « biais de statu quo » ou d'inertie²¹. Les comportements nutritionnels déviants ou la consommation de tabac sont assimilés à un « biais d'escompte ». Les individus savent que ces pratiques sont mauvaises pour la santé mais valorisent davantage le présent que le futur.

Les assureurs sont alors fondés à intervenir pour remettre les clients dans le bon chemin quand ils agissent différemment de leur préférence : ils souhaitent manger sain mais sont

¹⁹ Thaler Richard and Sunstein Cass, *Nudge: Improving Decisions about Health, Wealth, and Happiness*, New Haven: Yale University Press, 2008 ont proposé de qualifier d' « écônes » les agents économiques tels qu'ils sont pensés par la microéconomie standard. D Kahneman propose de distinguer le thinking fast (pensée rapide : intuition, tout ce qui est automatique et de façon involontaire) et le thinking slow (raison, self control) comme deux vitesses de la pensée. La pensée lente ou système 2 correspond au monde de la rationalité. Pour Kahneman, les deux systèmes de pensée sont de même niveau et le système rationnel donne son aval au système « irrationnel ».

²⁰ I. Martinache, P. Roman et G. Thiry, « *Le paradigme comportemental, un nouvel impérialisme économique ?* », Revue Française de Socio-Économie, éditorial, 2019/1 n° 22 | pages 7 à 17. Bergeron H., Castel P., Dubuisson-Quellier S., Lazarus J., Nouguez É., Pilmis O., *Le biais comportementaliste*, Presses de Sciences Po, Paris, 2018.

²¹ Benjamin Handel, « *Adverse Selection and Inertia in Health Insurance Markets: When Nudging Hurts* », American Economic Review 2013, 103(7): 2643–2682

attirés par la gourmandise ou l'impulsion. Ils souhaitent pouvoir faire de l'activité physique mais sont dominés par la faiblesse de leur volonté, etc.

On recommande de modifier l'architecture des choix : pré remplir les contrats, inscrire d'office l'assuré dans un dispositif pour qu'ils fassent les « bons » choix²². Le client reste libre de choisir mais on va lui présenter intelligemment les différentes gammes de contrat pour l'inciter à privilégier un contrat plutôt qu'un autre. La solution est donc dans une mise en scène des choix pour que la volonté s'ajuste aux préférences. L'offre d'assurance santé doit désormais s'appuyer sur des dispositifs ou des mesures qui laisseraient indifférents un individu rationnel mais a un effet sur un individu irrationnel.

2.2 Débiaiser les patients pour mieux les gouverner

Les « bons » choix sont évidemment ceux qui sont bons pour les assureurs. La rééducation des assurés doit aussi être bonne pour les affaires. Cependant, l'orientation paternalisme est justifiée par le fait que les choix liés aux modes de vie sont bons pour les personnes et pour la société. Si la sécurité financière des systèmes d'assurance a besoin de vertu dans les modes de vie, les personnes ont besoin que l'assurance les aide à choisir ce qui est bon pour eux. Cette conception du paternalisme permet de sortir de la critique selon laquelle si tout le monde est biaisé, pourquoi l'assureur ne le serait-il pas ? La théorie du nudge considère que seules les personnes elles-mêmes peuvent se débiaiser. C'est en l'individu lui-même que repose la possibilité de résorber les biais car il en est responsable. L'assureur est donc clairvoyant mais seul l'assuré peut se débiaiser.

Cette conception fait l'objet de nombreuses critiques. Le point central est de considérer que les comportements individuels peuvent changer simplement sous l'effet d'une bonne architecture des choix. Le contexte social est ignoré ou relégué à l'arrière-plan. Pourtant les préférences et les goûts et par conséquent les « biais » ont une origine sociale. Or, l'économie comportementale s'interdit de s'intéresser aux structures sociales profondes²³

C'est en ignorant délibérément l'existence d'un gradient social des états de santé que les contrats d'assurance vont être bâtis pour moraliser les assurés pris individuellement²⁴. Dans ces conditions, la cible des contrats d'assurance paternalistes n'est pas le malade mais l'individu responsable qui le plus souvent est bien portant. C'est une stratégie classique de l'assurance privée mais qui est renouvelée ici par des dispositifs mettant en avant l'effort fait pour sa santé. Les individus sont considérés comme des entrepreneurs de leur propre santé, autonomes, calculateurs. Dans cette perspective, le reste à charge n'est pas un problème s'il repose sur un choix éclairé. Les individus sont sommés « d'autogérer » leur RAC mais cette autogestion du RAC ne concerne pas tous les patients.

Le patient arbitre entre différentes options en fonction d'un rapport coût bénéfice et est laissé libre de son comportement s'il en assume les conséquences financières, en totalité ou en partie. Le modèle de gouvernement des conduites s'adresse à des petites communautés formées dans l'entreprise ou un segment de l'entreprise (les cadres, par exemple). Le nouveau

²² De petits exemples simples et efficaces sont souvent cités comme placer les fruits au premier plan à la cafétéria et les gâteaux à l'arrière-plan. Ces exemples sont ensuite étendus à des domaines moins anecdotiques et les individus sont enrôlés d'office dans un plan d'épargne retraite ou plan par action « pour leur bien ».

²³ Suffit-il de réduire la taille des verres pour diminuer la consommation d'alcool ? L'exemple est donné par Bergeron et al, op. cit. p 100.

²⁴ Jean-Michel Servet, *L'économie comportementale en question*, Editions Charles Leopold Mayer, 2018.

paradigme assurantiel s'appuie sur des groupes affinitaires rassemblés autour d'une conception spécifique de la santé ou de l'assurance. Ces petites communautés exigent des produits dédiés en opposition à l'anonymat des produits d'assurances classique. Ils veulent du sur mesure pour privilégier l'entre soi. Cette ambition est satisfaite avec le développement des contrats collectifs depuis 2016.

En privilégiant des semblables, ce marché pousse à l'hyper segmentation des tarifs, alimentée par le développement de la digitalisation, du numérique et de la puissance des algorithmes. La santé algorithmique permet de coller au plus près aux changements de comportements et de pratiques des consommateurs comme aux volontés des managers de privilégier un style de vie et de donner une image positive de l'entreprise.

Dans le paternalisme de 1ere génération, les individus doivent payer une partie substantielle de leur frais de santé en recourant à une assurance privée qui va les responsabiliser Dans le second paternalisme, le développement autonome du marché de l'assurance privée est le vecteur d'une vie saine par l'adoption de bons comportements. Dans les deux cas, le patient est considéré comme incapable d'atteindre –seul- son bien-être. A l'inverse, les assureurs seraient capables de définir le bien être du patient sans avoir besoin que les citoyens participent à la définition de la qualité de vie.

La vision responsabilisante de la santé qui prévaut dans les nouveaux produits d'assurance a une faible ambition démocratique. Elle est construite sur la nécessité d'inciter les individus à faire les bons choix au nom de l'intérêt général mais sans avoir à délibérer sur ce qu'est l'intérêt général. Cette stratégie du paternalisme marchand est pourtant puissamment armée en profitant d'une alliance inédite entre l'économie comportementale et le développement du numérique et des big data (qui portent souvent sur les données de santé).