

LOUIS BACHELIER

L'actualité économique et financière vue par la recherche

Les politiques de santé analysées par la recherche scientifique

Avec le concours de Brigitte Dormont, Margaret Kyle, Anne-Laure Samson,
Clémence Thébaut, Florence Jusot, Mathilde Péron et Michel Mougeot



Les dépenses de recherche médicale des États-Unis ont-elles des répercussions sur l'effort de recherche dans le monde ?



D'après un entretien avec Margaret Kyle

4

Une méthode innovante pour guider les arbitrages en santé



D'après un entretien avec Anne-Laure Samson et Clémence Thébaut

6

Comment promouvoir les dépistages du cancer du sein ?

10



D'après un entretien avec Florence Jusot

Les couvertures complémentaires ont-elles des conséquences sur les dépassements d'honoraires des spécialistes ?



D'après un entretien avec Mathilde Péron

12

Quelle est l'efficacité économique des réseaux de soins des organismes complémentaires ?



D'après un entretien avec Michel Mougeot

14

Retrouvez l'actualité et les archives de l'Institut Louis Bachelier, sur le site internet louisbachelier.org, classées par thème :
transition financière, transition démographique, transition énergétique et transition numérique.
Restez informé, sur les événements, les appels à projet, les publications...

LOUIS BACHELIER .org



Publication de l'Institut Louis Bachelier – Palais Brongniart, 28 place de la Bourse 75002 Paris
Tél. 01 73 01 93 40 – www.institutlouisbachelier.org – www.louisbachelier.org
Directeur de la publication: Jean-Michel Beacco
Rédacteur en chef: Ryadh Benlahrech (ryadh.benlahrech@institutlouisbachelier.org)
Secrétariat de rédaction, conception et réalisation :
Eux Production – Tél. 06 64 49 79 72 – www.euxproduction.com
Imprimeur Kava: 42 rue Danton – 94270 Le Kremlin-Bicêtre – Tél. 06 14 32 96 87



À

l'heure où la rigueur budgétaire est de mise sur la dépense publique, il est fondamental de comprendre comment l'assurance maladie peut offrir une bonne couverture sans faire déraiper les dépenses. Comme de nombreux pays, la France a un système de soins qui articule des acteurs publics et privés à la fois au niveau de l'assurance et de la production de soins. Comment, dans un tel cadre institutionnel, un pays peut-il atteindre les objectifs qu'il s'est fixés en matière de protection sociale et de santé ?

Soutenue par le groupe Istya, la Chaire Santé est un programme de recherche labellisé par le LABEX Louis Bachelier Finance et Croissance Durable. Son ambition est de contribuer à améliorer la qualité du débat sur les questions d'efficacité et de régulation du système de santé. Les projets de recherche financés s'organisent autour de thèmes touchant à l'organisation des systèmes d'assurance maladie, à la régulation de l'offre de soins, aux inégalités des chances en santé, à la valeur de la santé et aux liens entre santé et travail.

Ce nouveau numéro des Cahiers Louis Bachelier présente des travaux qui s'intéressent à des questions cruciales touchant à l'efficacité des systèmes de soins.

Le premier article porte sur l'orientation de la recherche médicale. Il montre que la répartition internationale de l'effort de recherche médicale peut obéir à des motifs stratégiques, et qu'en particulier, les dépenses publiques des États-Unis ont des effets de report sur les autres pays.

L'efficacité, c'est aussi l'efficacité allocative, c'est-à-dire la capacité du décideur à définir un panier de soins couvert qui soit conforme aux préférences des citoyens. Les critères des méthodes d'évaluations médico-économiques actuellement

utilisées sont loin d'une telle exigence. Le deuxième article propose une méthode pour fonder les arbitrages publics sur des critères éthiques. Il est issu de l'équipe regroupée par Marc Fleurbaey autour d'une enquête réalisée par la Chaire Santé auprès de plus de 3000 Français pour connaître la valeur attribuée par les individus à leur santé. Dans ce cadre, les chercheurs ont développé une approche innovante qui intègre dans les critères d'évaluation le respect des préférences individuelles et les conséquences distributives des décisions.

Le troisième article décrit une expérience contrôlée qui vise à comprendre comment améliorer la réponse aux campagnes de dépistage du cancer du sein, une maladie qui est la première cause de mortalité chez les femmes en France.

Les deux derniers articles abordent des questions majeures pour l'efficacité du système de santé français, puisqu'ils étudient comment les organismes complémentaires interagissent avec la sécurité sociale dans le pilotage de l'offre de soins. Deux sujets sont examinés : l'impact de la générosité de la couverture complémentaire sur le développement des dépassements d'honoraires ; l'efficacité des réseaux de soins sur les prix des offreurs de soins.

Bonne lecture!



Brigitte Dormont,
professeur d'économie à PSL,
Université Paris Dauphine
et titulaire de la chaire Santé
www.chairesante.dauphine.fr

Partenaires



LES DÉPENSES DE RECHERCHE MÉDICALE DES ÉTATS-UNIS ONT-ELLES DES RÉPERCUSSIONS SUR L'EFFORT DE RECHERCHE DANS LE MONDE ?

Alors que les États-Unis font souvent office de locomotive en matière de dépenses militaires, spatiales ou énergétiques dans le monde, leur rôle et leur influence dans la recherche médicale fondamentale ont été peu mis en avant par la littérature académique.

Si la recherche médicale nécessite des investissements colossaux pour poursuivre sa constante progression, entamée depuis le début du xx^e siècle, le progrès médical et les recherches associées ont la particularité d'appartenir à tout le monde et d'être considérés comme un bien public. Cette caractéristique spécifique ne permet donc pas à un seul type d'acteur, en particulier les entreprises privées, d'assumer les dépenses de recherche pour améliorer la santé et le bien-être collectif. Certes, elles peuvent recourir à des brevets, mais ils ont une durée de vie limitée avant de retomber dans le domaine public et de devenir exploitables par d'autres entreprises.

Dans ce contexte de sous-investissement du secteur privé dans la recherche, les États et les agences publiques, surtout dans les pays développés, ont un grand rôle à jouer et sont indispensables pour financer et promouvoir la recherche médicale par le biais de subventions, de crédits d'impôts ou encore de prix à l'innovation. « *Les incitations étatiques pour accompagner la recherche médicale peuvent causer des problématiques, car, lorsqu'un pays décide de financer de la recherche sur une maladie et que cette recherche porte ses fruits, elle traversera les frontières et deviendra un bien public. Les incitations et l'intérêt à investir pour d'autres pays sont donc réduits et peuvent les conduire à modifier leur politique, voire à adopter des comportements de passager clandestin* », affirme Margaret Kyle.

D'après *Strategic Interaction Among Governments in the Provision of a Global Public Good*, écrit par Margaret Kyle, David B. Ridley et Su Zhang, ainsi qu'un entretien avec Margaret Kyle.

Le choix des États-Unis comme pays de comparaison s'est imposé par le fait qu'ils financent plus de la moitié de la recherche médicale publique et caritative sur les maladies parasitaires et infectieuses dans le monde

UNE INTUITION THÉORIQUE À VÉRIFIER

La théorie économique suggère que les dépenses de recherche d'un pays provoquent des conséquences sur celles des autres. Des études l'ont, en effet, démontré dans le domaine militaire et la régulation environnementale, mais pas dans la santé. « *C'est la première analyse économique qui étudie comment un pays réagit stratégiquement face aux dépenses de recherche médicale des États-Unis. Nous avons souhaité savoir s'il existait une influence et, si oui, mesurer son degré d'intensité* », explique Margaret Kyle. Pour réaliser ce travail économétrique inédit, les chercheurs ont rencontré un écueil particulièrement délicat à surmonter : l'accessibilité à des données homogènes pour être compilables et comparables. « *Nous avons réussi à contourner cette problématique en utilisant la base de données produite par l'ONG Policy Cures. Nous avons choisi de concentrer notre étude sur les financements de recherche*



Margaret Kyle dirige la chaire *Markets for Technology and Intellectual Property* de l'École des Mines ParisTech. Elle est également Fellow du *Centre for Economic Policy* et éditrice de *the International Journal of Industrial Organization*. Détentrice d'un doctorat en économie du MIT, elle étudie l'innovation, la productivité et la concurrence. Elle a aussi publié de nombreux articles dans des revues internationales prestigieuses.

Méthodologie

Les chercheurs ont voulu observer les éventuelles corrélations entre les dépenses américaines de recherche médicale et celles des autres pays. Ils ont ainsi collecté et analysé les données sur le financement de la recherche portant sur 15 maladies parasitaires et infectieuses dans 41 pays. Pour réaliser leur étude économétrique, ils ont utilisé la méthode des variables instrumentales dans un modèle de régression linéaire, qui leur a permis ensuite de calculer et d'analyser leurs résultats.

portant sur 15 maladies parasitaires et infectieuses dans 41 pays et s'étalant sur la période 2007-2014 », relate Margaret Kyle. Le choix des États-Unis comme pays de comparaison s'est imposé par le fait qu'ils financent plus de la moitié de la recherche médicale publique et caritative sur les maladies parasitaires et infectieuses dans le monde. De plus, il est à préciser que ces maladies font des ravages dans les pays en développement et ont été érigées au rang de priorité, en 2012, par le troisième consensus de Copenhague qui est un organisme réunissant des experts pour faire avancer le bien-être collectif dans le monde. Autant d'arguments qui ont convaincu les chercheurs d'en savoir plus sur les comportements des pays dans le financement de la recherche médicale.

UNE MODÉLISATION POUR IDENTIFIER LES RÉACTIONS DES PAYS

Outre les données, les chercheurs ont également été confrontés à la difficulté d'identifier les réactions des pays en fonction des décisions prises outre-Atlantique. « Si les États-Unis modifient leur politique de subventions, il est impossible de savoir si les autres pays vont faire la même chose ou pas et à quel niveau », avertit Margaret Kyle. Pour résoudre ce problème, les chercheurs ont dû recourir à une variable instrumentale et endogène aux États-Unis, qui n'a pas d'effet sur les autres pays. Ils ont alors choisi d'examiner la composition des comités du Congrès américain, chargés d'établir les budgets de recherche, car cette variable est propre aux États-Unis. À partir de là, ils ont pu observer les fluctuations à la hausse ou à la baisse dans les budgets fédéraux américains et analyser les réactions des autres pays. « En exploitant la situation politique américaine en tant que variable instrumentale, nous avons

pu déterminer l'impact causal de la hausse du financement de la recherche médicale aux États-Unis sur celle des autres pays », assure Margaret Kyle, tout en ajoutant que : « Lorsque les dépenses américaines de recherche médicale dans une maladie augmentent de 10 %, elles provoquent l'année suivante une baisse des dépenses sur cette même maladie de 2 à 3 % de la part des autres pays. Ce résultat inclut à la fois les dépenses des agences gouvernementales publiques, ainsi que celles des ONG ».

UNE COORDINATION AU PLUS HAUT NIVEAU EST À PRIVILÉGIER

Le résultat précédent peut s'interpréter de deux façons. D'abord par un comportement de passager clandestin des autres pays. Si les États-Unis augmentent les financements de recherche sur une maladie particulière, d'autres pays peuvent estimer qu'ils n'ont pas besoin de faire la même chose et qu'ils pourront bénéficier aussi des dépenses américaines dans un avenir proche. À titre d'exemple, en Amérique Latine, notamment au Brésil, les dépenses de recherche sont beaucoup plus importantes sur la dengue ou la maladie de Chagas, alors que c'est le sida qui représente le plus lourd fardeau médical. Or, les États-Unis sont les premiers financeurs de la recherche contre le sida. L'autre interprétation possible de l'influence américaine sur les dépenses de recherche réside dans le fait que les autres pays peuvent être amenés à réallouer de manière optimale leur financement de recherche contre d'autres maladies. « À ce stade, nous ne savons pas pour quelles raisons les autres pays diminuent leur financement de la recherche médicale quand les États-Unis l'augmentent. De futurs travaux de recherche dans ce sens sont nécessaires. Néanmoins, sur le plan politique, ce résultat plaide pour la mise en

place d'une coordination entre les pays afin de faire évoluer la recherche médicale et la rendre plus efficace. Ce multilatéralisme pourrait, par exemple, se manifester au sein de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) », conclut Margaret Kyle. À l'heure où les négociations internationales patinent sur de nombreux sujets, la recherche médicale a plus que jamais besoin de discussions au plus haut niveau pour avancer. ●

À retenir

- L'augmentation des dépenses américaines de recherche médicale conduit à une diminution des dépenses dans les autres pays.
- La corrélation négative entre les dépenses américaines de recherche et celles des autres pays peut être due à un comportement de passager clandestin de la part des autres pays ou à une réallocation optimale de leurs ressources. De futures recherches permettront de clarifier cette question.
- La coordination entre les pays dans le domaine de la recherche médicale est nécessaire, car elle représente un bien public. Des discussions multilatérales entre les États permettraient ainsi d'optimiser les dépenses et de rendre la recherche médicale plus efficace à travers le monde.

UNE MÉTHODE INNOVANTE POUR GUIDER LES ARBITRAGES EN SANTÉ

Les arbitrages publics sur des sujets comme la santé ou l'environnement doivent être fondés sur des critères éthiques. Des chercheurs ont développé une nouvelle approche qui intègre dans les critères d'évaluation le respect des préférences individuelles et les conséquences distributives des décisions.

La maximisation du bien-être collectif ainsi que l'optimisation des dépenses publiques constituent des objectifs visés par les autorités lors de la mise en place de politiques publiques, en particulier dans le domaine de la santé. De fait, en France et dans plusieurs autres pays, le système de santé est largement financé par des fonds publics, ce qui impose une maîtrise juste et équitable de l'allocation de ces ressources. Pour les résoudre, des évaluations a priori et/ou a posteriori des décisions entreprises sont nécessaires. Et, dans ce registre, plusieurs méthodes existent.

LES ANALYSES COÛT-BÉNÉFICE ET COÛT-EFFICACITÉ FONT L'OBJET DE CRITIQUES MULTIPLES

De nombreux économistes et décideurs estiment que l'analyse coût-bénéfice (ACB) est un outil d'aide à la décision intéressant, car elle permet de calculer les gains et les pertes associés à la mise en œuvre d'une politique publique. Cette méthode – qui ne se concentre pas uniquement sur l'aspect purement financier – prend en compte les conséquences sur le bien-être collectif, notamment à l'aide d'une fonction d'utilité sociale. Toutefois, l'ACB a des inconvénients sur le plan éthique. Les raisons ? L'ACB consiste schématiquement à additionner les gains d'utilité individuelle des consommateurs, estimés à travers leur disposition-à-payer pour bénéficier d'un changement de situation. Or, les personnes aux revenus modestes sont nécessairement plus pénalisées que celles qui ont de hauts revenus : leurs dispositions-à-payer sont, souvent, en moyenne, plus faibles, car elles ont moins de revenu disponible. Cela peut sembler particulièrement inacceptable dans

un domaine comme celui de la santé. Dès lors, la valorisation des bénéfices sanitaires au moyen de cet étalon monétaire induit des biais discriminatoires et donc une forme d'injustice sociale.

Pour pallier ce défaut, une autre méthode est souvent utilisée en pratique. Il s'agit de l'analyse coût-efficacité (ACE), qui rapporte l'efficacité d'une politique au coût qu'elle a engendré. Une ACE appliquée à une politique de santé mesure la somme des gains de santé pour chaque individu comparativement au différentiel de coûts. Cet outil permet de guider les choix politiques lorsque le budget de santé et l'objectif principal du programme sont arrêtés. Néanmoins, l'ACE a également des lacunes, car elle ne se base que sur les résultats de santé, alors qu'elle devrait prendre en compte d'autres dimensions de la vie. Par ailleurs, l'ACE pose aussi des questions éthiques, car elle ne considère que la somme des résultats de santé sans prendre en compte la répartition de ces résultats de santé dans la population.

« Dans notre article, nous avons souhaité démontrer qu'il était possible d'adapter les méthodes d'ACB classiques pour prendre en

L'analyse coût-bénéfice consiste schématiquement à estimer les gains d'utilité individuelle des consommateurs, à partir de leur disposition-à-payer pour bénéficier d'un changement de situation.

D'après *Fairness in cost-benefit analysis: a methodology for health technology assessment*, écrit par Anne-Laure Samson, Erik Schokkaert, Clémence Thébaut, Brigitte Dormont, Marc Fleurbaey, Stéphane Luchini, Carine Van de Voorde, ainsi qu'un entretien avec Anne-Laure Samson et Clémence Thébaut.



Anne-Laure Samson est Maître de Conférences en Sciences Économiques à l'Université Paris Dauphine, au sein du Laboratoire d'Économie et de Gestion des Organismes de Santé (LEDa-LEGOS). Elle est titulaire d'une thèse de doctorat en sciences économiques de l'Université Paris Nanterre obtenue en 2008 et d'une habilitation à diriger des recherches obtenue en 2017 à l'Université Paris-Dauphine. Ses travaux de recherche portent principalement sur la microéconométrie appliquée au domaine de la santé.



Clémence Thébaut est Maître de Conférences en Sciences Économique à l'Université de Limoges, au sein du Laboratoire Observatoire des Mutations Institutionnelles et Juridiques (OMIJ). Elle est titulaire d'une thèse de doctorat en sciences économiques à l'Université Paris Dauphine obtenue en 2012. Elle a précédemment travaillé pendant 8 ans au sein de la Haute Autorité de Santé comme chef de projet dans le service Evaluation économique et de santé publique. Ses travaux de recherche portent sur l'évaluation économique des interventions de santé et les théories économiques de la justice sociale.

Méthodologie

Pour tous les individus de leur échantillon, les chercheurs ont simulé les conséquences de la mise en place de trois traitements antihypertenseurs, et notamment l'impact de ces traitements sur l'état de santé des individus, leur revenu et leur revenu équivalent santé. Le meilleur traitement était celui qui maximisait le bien-être collectif, défini comme la somme des revenus équivalent santé individuels, correspondant à chaque trajectoire possible pour les patients, sur 10 ans, pondérées par leur probabilité d'occurrence. Ce travail empirique a servi de démonstration, afin de valider la faisabilité de leur méthode d'évaluation inédite des politiques publiques de santé.

compte différentes exigences éthiques, en matière de redistribution par exemple. Ce faisant, cette nouvelle approche permet, dans le même temps, de résoudre certaines difficultés posées par l'ACE. Il s'agissait de voir comment les réflexions récentes dans le domaine des théories de justice sociale pouvaient être appliquées dans l'évaluation des technologies de santé », soulignent Anne-Laure Samson et Clémence Thébaut.

UN NOUVEL INDICATEUR POUR ESTIMER LES PRÉFÉRENCES INDIVIDUELLES DE SANTÉ

Comparativement aux ACB qui impliquent de mesurer une disposition à payer pour éviter une dégradation de l'état de santé, les chercheurs ont utilisé un autre indicateur, **le revenu équivalent santé**. Ce concept a été développé par Marc Fleurbaey, l'un des co-auteurs de l'article. « *Cet indicateur de bien-être individuel représente le revenu d'un individu, diminué de la part de ce revenu qu'il serait prêt à sacrifier pour être en parfaite santé, tout en conservant le même niveau de satisfaction en termes de revenus et d'état de santé que celui que lui procure sa situation actuelle. C'est la première fois qu'il est utilisé dans une ACB* », assurent Anne-Laure Samson et Clémence

Thébaut. Et de poursuivre : « *Le revenu équivalent santé permet d'introduire de l'aversion aux inégalités dans l'évaluation des politiques publiques de santé. En l'utilisant dans une ACB, nous pouvons introduire un coefficient qui permet de donner plus ou moins de poids à l'amélioration de la situation des individus les plus défavorisés, c'est-à-dire les individus les plus pauvres et/ou en moins bonne santé, et ayant de fortes préférences pour leur santé comparativement aux autres dimensions de leur vie* ».

Cette nouvelle méthode permet d'éviter que le niveau de revenu des individus ait un impact sur l'estimation des conséquences des politiques publiques de santé en termes de bien-être comme c'est le cas dans l'ACB classique. Elle permet également de prendre en compte toutes les conséquences associées, par exemple, à la prise en charge collective d'un traitement, sur la santé et le revenu des individus, en fonction des modes de financement des soins, tout en respectant les préférences individuelles. Ces évaluations n'ont, pour l'heure, pas vocation à se substituer aux évaluations classiques ACB et ACE, mais à les compléter. Il s'agit ainsi d'apporter au processus délibératif une information la plus complète possible sur les enjeux associés aux différentes politiques envisageables. →



Cette nouvelle méthode permet d'éviter que le niveau de revenu des individus ait un impact sur l'estimation des conséquences des politiques publiques de santé en termes de bien-être, comme c'est le cas dans l'analyse coût-bénéfice traditionnelle.



UNE MISE EN APPLICATION POUR VALIDER LA MÉTHODE

Pour valider cette méthodologie innovante, les chercheurs ont décidé de la tester, en prenant comme exemple d'application l'évaluation de traitements antihypertenseurs. Dans cette perspective, ils ont utilisé les données d'une enquête auprès de 3331 individus représentatifs de la population française, afin de recueillir des données sur leur état de santé, leur revenu et le montant qu'ils sont prêts à payer pour être en parfaite santé. Les auteurs ont alors calculé le revenu équivalent santé de chaque individu. Parallèlement, ils ont utilisé les probabilités d'occurrence (par âge et sexe notamment) de maladies liées à l'hypertension (angine de poitrine, AVC, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale...) fournies par un modèle coût/efficacité réalisé pour la Haute Autorité de Santé dans un horizon de dix ans. Leur méthodologie a consisté ensuite à comparer les conséquences de trois traitements antihypertenseurs sur l'état de santé, les revenus et les revenus équivalent santé des individus interrogés, en prenant en compte leur impact sur la survenue de maladies associées sur l'horizon temporel considéré. Ils ont ensuite estimé et comparé le niveau de bien-être collectif associé à chacune des trois stratégies thérapeutiques sous étude, en agrégeant les revenus équivalents santé individuels simulés, sur les 10 ans, au moyen de fonctions de bien-être social. Différents degrés d'aversion aux inégalités étaient pris en compte. « *L'application de cette méthode à l'évaluation des traitements hypertenseurs nous a servis à démontrer la faisabilité de cette méthode d'évaluation dans un contexte d'information identique à celui des évaluations actuelles. Il s'est avéré qu'elle n'était pas plus difficile à effectuer que les ACB et les ACE, elle présente en outre l'intérêt d'éclairer des dimensions que ces dernières laissent de côté, notamment sur les enjeux d'équité* », se réjouissent Anne-Laure Samson et Clémence Thébaud, avant de

conclure : « *Nous souhaiterions appliquer notre méthodologie à d'autres contextes thérapeutiques comme certains traitements coûteux qui soulève de réelles difficultés de financement* ». Ces futurs travaux seront utiles pour démontrer plus précisément la faisabilité de cette approche. ●

À retenir

- Les auteurs ont montré que le concept de revenu équivalent santé pouvait être utilisées dans les évaluations économiques des interventions de santé traditionnelles. Cette approche innovante n'est pas plus coûteuse et ne nécessite pas plus d'informations que la mise en œuvre des méthodes ACB ou ACE (analyse coût-efficacité).
- Cette méthode permet de prendre en compte différents degrés d'aversion aux inégalités. Cela permet d'apporter aux décideurs publics une information sur les enjeux d'équité sous-jacents liés aux différentes politiques publiques de santé, contrairement aux ACB et aux ACE.
- Cette méthode permet de prendre en compte les préférences individuelles comme le propose l'ACB et conformément au cadre théorique de l'économie du bien-être, alors que celles-ci sont modérément incluses dans les analyses coûts-efficacité (ACE).

TRANSITION
FINANCIÈRE

TRANSITION
DÉMOGRAPHIQUE

LOUIS BACHELIER .ORG

Le média qui répond
aux enjeux
sociétaux et industriels
par la recherche appliquée
et fondamentale.

TRANSITION
ÉNERGÉTIQUE

TRANSITION
NUMÉRIQUE

COMMENT PROMOUVOIR LES DÉPISTAGES DU CANCER DU SEIN ?

Depuis plusieurs années, la participation au programme national de dépistage du cancer du sein fait du sur-place. Pour y voir plus clair, des chercheurs ont mené une étude scientifique sur un large échantillon de femmes dans deux départements français.

En France, le cancer du sein est le plus courant chez les femmes et représente plus de 50 000 nouveaux cas chaque année. Cette maladie constitue même la première cause de mortalité des femmes avec environ 12 000 décès en 2015. Face à de tels nombres, les dépistages précoces et réguliers sont d'une importance cruciale pour la réussite des traitements, la limitation des mastectomies et la maximisation du taux de survie des patientes. C'est dans cette optique que la France, à l'instar d'autres pays développés, a mis en place un programme national de dépistage à destination des femmes âgées de 50 à 74 ans, en plus des dépistages prescrits par les gynécologues de ville. Instauré en 2004, ce plan national propose par courrier aux femmes éligibles une mammographie gratuite tous les deux ans. « *Au départ, ce programme national a connu de bons résultats en augmentant le taux de recours moyen aux mammographies de 12 points avec un vrai impact dans les milieux défavorisés, mais il s'est ensuite stabilisé et le taux de participation au programme ne plafonne plus qu'à 52 % depuis plusieurs années* », relate Florence Jusot. Or, la promotion du dépistage du cancer du sein est un objectif de santé publique primordial pour limiter cette cause de décès, rentabiliser au mieux le programme national et réduire les dépenses de santé de l'assurance-maladie. Il faut dire que le traitement contre le cancer du sein représente un coût très élevé et oscille entre 5 200 et 31 000 euros, selon la molécule utilisée.

UNE PINCÉE D'ÉCONOMIE COMPORTEMENTALE...

C'est dans ce contexte épidémiologique et socio-économique que les chercheurs ont débuté leur étude. « *Nous avons souhaité voir si nous pouvions grâce à des interventions comportementales stimuler le taux de recours global*

Selon la théorie économique standard, il est possible de proposer des incitations ou des informations supplémentaires aux individus pour orienter leurs choix.

aux mammographies et inciter les femmes des milieux défavorisés à effectuer le dépistage. Notre étude a été la première du genre en France », assure Florence Jusot.

Selon la théorie économique standard, il est possible de proposer des incitations ou des informations supplémentaires aux individus pour orienter leurs choix. « *Le programme de dépistage dispose déjà des deux : il est gratuit et il contient une lettre d'invitation pour effectuer une mammographie et des informations sur les bénéfices du dépistage. Dans d'autres pays, des récompenses sous forme de bons d'achat ont été expérimentées avec des résultats mitigés. En France, une brochure d'information supplémentaire a également été testée, mais cela n'a pas marché* », souligne Florence Jusot. Les chercheurs ont donc décidé de s'appuyer sur les résultats de la littérature académique relative à l'économie comportementale pour introduire des modifications des courriers d'invitation à participer au programme de dépistage, en collaboration avec l'ARS (Agence régionale de santé) et les structures de gestion des programmes de la région Normandie. Autrement dit, ils y ont appliqué des modifications visant à modifier le contexte de la prise de décision, basées sur le concept des « *nudges* » afin de provoquer d'éventuels changements dans le comportement des femmes. « *Notre idée a été d'effectuer quatre interventions*

D'après *Increasing breast-cancer screening uptake: a randomized controlled experiment*, écrit par Léontine Goldzahl, Guillaume Hollard, Florence Jusot, ainsi qu'un entretien avec cette dernière.



Florence Jusot est professeur d'économie à l'université Paris-Dauphine (LEDa-LEGOS). En responsabilité de la partie française de l'enquête Share sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe, vice-présidente du Collège des Economistes de la Santé et administrateur des associations européennes et internationales en économie de la santé, ses recherches portent sur l'analyse des inégalités dans le domaine de la santé et l'évaluation des politiques d'accès aux soins à l'assurance.

Méthodologie

Les chercheurs ont procédé à une expérimentation aléatoire (ou randomisée), dans deux départements français, pour tester quatre interventions comportementales dans les courriers d'invitation au dépistage du cancer du sein. Le but de ce travail est d'établir un effet causal du courrier sur le taux de recours aux mammographies. Ils ont ainsi divisé leur échantillon de 26 495 femmes en cinq sous-groupes (dont un groupe de contrôle), puis ils ont collecté les informations, avant de mesurer le recours à la mammographie et de comparer les résultats entre les cinq sous-groupes. Ils ont, par ailleurs, analysé le recours aux mammographies chez les femmes issues de milieux défavorisés à l'aide d'un indicateur territorial, ainsi que chez les femmes de 50 ans ayant reçu le courrier pour la première fois.

comportementales faciles à mettre en œuvre et à faible coût dans le cadre du programme déjà existant. Les interventions comportementales visent ainsi à tirer parti des biais affectant les prises de décisions des agents », poursuit Florence Jusot.

... DANS UNE EXPÉRIENCE DE TERRAIN RANDOMISÉE

L'expérimentation de terrain aléatoire – qui s'est déroulée dans l'Eure et la Seine-Maritime – a concerné 26 495 femmes éligibles au programme de dépistage. Concrètement, les chercheurs ont effectué quatre modifications différentes dans les courriers, afin de créer des effets spécifiques :

- 1 Un ajout des logos des caisses d'assurance-maladie sur l'enveloppe, en plus de ceux des structures de gestion des programmes. Ce procédé est censé inciter les femmes à ouvrir le courrier par un effet de saillance et à augmenter la confiance dans le contenu du message car il est associé à un organisme public et connu.
 - 2 Un courrier plus clair avec un discours plus simple et une information supplémentaire sur le risque encouru. Il a été élaboré et sélectionné par 100 femmes lors d'une réunion dédiée à la sélection de ce courrier.
 - 3 Un courrier combinant les deux modifications précédentes.
 - 4 Un courrier contenant une information sur le nombre de femmes ayant été dépistées l'année précédente. Cette modification vise à créer un effet de norme sociale et un comportement mimétique chez les femmes.
- Les chercheurs ont ensuite divisé leur échantillon en cinq sous-groupes dont un groupe de

contrôle, puis ils ont envoyé les 4 types de courriers modifiés et le courrier habituel aux femmes concernées en avril 2015. « Les femmes ont été affectées aléatoirement dans chaque sous-groupe pour observer un effet causal du courrier », précise Florence Jusot.

LE COURRIER D'INVITATION N'A PAS D'IMPACT PARTICULIER

Après un an de collecte de données, les chercheurs ont pu mesurer le taux de dépistage du cancer du sein et les comparer entre les cinq sous-groupes. Les données ont été géocodées, afin d'approcher le statut socio-économique des femmes concernées par l'étude avec celui de leur lieu d'habitation. Au final, aucun résultat significatif n'a été constaté dans les deux départements. « Nos interventions comportementales dans les courriers n'ont pas augmenté le taux de recours aux mammographies. Le contenu du courrier et l'enveloppe n'ont rien changé. Il apparaît difficile d'intervenir efficacement en modifiant ce courrier, même si, au Royaume-Uni, l'introduction de la signature du médecin traitant a montré son efficacité », observe Florence Jusot. Pour aller plus loin, les chercheurs ont analysé le comportement des femmes de 50 ans, qui ont été invitées pour la première fois, ainsi que celui des femmes habitant dans des lieux plus ou moins défavorisés. Dans ces deux cas, les courriers n'ont pas eu d'impact sur la hausse des dépistages. « C'est peut-être la gratuité du programme qui a permis d'augmenter fortement le taux de recours aux mammographies les premières années d'existence du programme. Une autre interprétation possible est que ces résultats reflètent tout simplement le choix optimal des femmes,

notamment chez celles de 50 ans. En tout cas, nous avons observé une certaine continuité dans leur comportement: celles qui se font dépister le refont et inversement », affirme Florence Jusot. Et de conclure : « Le programme national aurait tout intérêt à être modifié en impliquant le personnel de santé comme les médecins traitants et les pharmaciens. Il pourrait aussi recourir aux e-mails et aux SMS pour contacter les femmes et pourquoi pas à de la géolocalisation, afin d'inviter les femmes d'une même zone géographique et créer ainsi un effet d'entraînement ». ●

À retenir

- La modification du courrier d'invitation à un dépistage du cancer du sein n'a en moyenne, pas d'effet sur le niveau de recours à la mammographie.
- La modification du courrier ne semble pas réduire les inégalités sociales de recours à la mammographie.
- Le programme national de dépistage pourrait être repensé en utilisant d'autres instruments tels que les e-mails et les SMS, la géolocalisation pour inviter des femmes du même voisinage, ainsi qu'en impliquant le personnel de santé (médecins traitants, pharmaciens...).

LES COUVERTURES COMPLÉMENTAIRES ONT-ELLES DES CONSÉQUENCES SUR LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES DES SPÉCIALISTES ?

Si les dépassements d'honoraires sont autorisés pour les médecins libéraux de secteur 2, en particulier les spécialistes, leur montant global et leur importante croissance préoccupent l'assurance-maladie et les pouvoirs publics, tout en suscitant des interrogations sur l'équité d'accès aux soins.

Le montant des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux de secteur 2 revient régulièrement dans le viseur de l'assurance-maladie et des pouvoirs publics, qui tentent souvent de les limiter. Il est vrai que ces dépassements d'honoraires sont supérieurs à deux milliards d'euros chaque année (2,66 milliards en 2016). Or, cette situation peut provoquer un renoncement aux soins pour les catégories défavorisées et induire ainsi des inégalités dans l'accès à la santé, en raison des éventuels restes à charge à payer pour les patients. Si la croissance des dépassements d'honoraires s'est réduite ces dernières années, leur montant a tout de même doublé entre 2000 et 2015.

Pour rappel, les dépassements d'honoraires sont autorisés pour les médecins libéraux évoluant en secteur 2, essentiellement des spécialistes, tandis que les médecins du secteur 1 (généralistes et spécialistes) appliquent les tarifs conventionnés par l'assurance-maladie. Cette dernière rembourse 70 % des prix des soins pratiqués en secteur 1, alors que le reliquat est pris en charge par une complémentaire santé ou reste à la charge du patient s'il ne dispose pas de couverture complémentaire. La même base de remboursement est appliquée aux actes de médecine libérale prodigués en secteur 2. Dans ces cas-là et selon les contrats de complémentaires souscrits, les dépassements d'honoraires peuvent être pris en charge partiellement ou totalement par l'organisme complémentaire (compagnies d'assurances, mutuelles).

« La forte croissance des dépassements s'est faite parallèlement à l'augmentation des

garanties de certaines couvertures complémentaires. Or les dépassements posent question sur l'efficacité et l'équité du système de soins : ils contribuent notamment à la hausse des prix des biens médicaux et à une dégradation de la couverture par la Sécurité Sociale. Nous avons donc voulu évaluer l'impact d'une couverture généreuse sur le recours aux spécialistes et le montant des dépassements », explique Mathilde Péron.

UNE ÉTUDE ORIGINALE ET INÉDITE DES COUVERTURES COMPLÉMENTAIRES DANS LE CONTEXTE FRANÇAIS

Avant d'entamer leur étude économétrique, les chercheuses ont dû contourner plusieurs obstacles liés à la disponibilité des données. Il est, en effet, difficile d'observer à la fois la consommation de soins et le niveau de couverture complémentaire des assurés. Identifier un changement dans le niveau de couverture est également nécessaire pour estimer l'effet causal de l'assurance sur la consommation de dépassements. Elles ont alors contacté l'un des partenaires financiers de la chaire Santé, la MGEN (Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale), qui a la particularité de gérer la couverture obligatoire de ses membres et de leur proposer une couverture complémentaire. « Avec les données fournies par la MGEN, nous avons construit une base de données originale, avec 43 111 individus observés sur une période de trois ans entre 2010 et 2012 », relate Mathilde Péron. La première année, en 2010, l'échantillon global n'est pas couvert contre les dépassements d'honoraires. La troisième année, en

D'après l'article *Does health insurance encourage the rise in medical prices? A test on balance billing in France*, écrit par Brigitte Dormont et Mathilde Péron, ainsi qu'un entretien avec cette dernière.



Mathilde Péron est « Lecturer » (enseignant-chercheur) au sein du département d'économie de l'Université de York au Royaume-Uni. Elle est agrégée d'économie gestion et titulaire d'un doctorat en sciences économiques (PSL, Université Paris Dauphine). Elle est spécialisée en économie de la santé et ses thèmes de recherche concernent notamment la régulation des systèmes d'assurance maladie et l'évaluation économique des médicaments.

Méthodologie

Les chercheuses ont réalisé une étude empirique dont l'objectif est d'estimer l'impact causal d'une meilleure complémentaire santé sur la consommation de soins prodigués par des spécialistes en secteur 2 et pratiquant des dépassements d'honoraires. Elles observent un échantillon de 43 111 individus en 2010 qui n'étaient pas couverts contre les dépassements et à nouveau en 2012 après que 3 819 d'entre eux aient changé de couverture. Les estimations tiennent compte de l'hétérogénéité individuelle non observée et de la non exogénéité de la décision de changer de couverture complémentaire.

2012, 3 819 d'entre eux ont changé de complémentaire. « Nous disposons donc d'un groupe de contrôle constitué des individus qui ne sont pas couverts contre les dépassements et d'un groupe test composé des 3 819 personnes, qui n'étaient pas couverts contre les dépassements en 2010 mais qui bénéficient en 2012 d'une couverture au moins identique et possiblement meilleure », souligne Mathilde Péron. Et de poursuivre : « Nous comparons les deux groupes en 2010 puis à nouveau en 2012. Cette méthodologie permet de tenir compte du fait que les assurés qui choisissent une meilleure couverture sont potentiellement différents des autres. Nous sommes ainsi en mesure d'isoler le seul impact de la complémentaire sur la consommation de dépassements ».

LES COMPLÉMENTAIRES GÉNÉREUSES FAVORISENT LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES

Les résultats de l'étude font apparaître des tendances significatives. De fait, les individus du groupe test disposant d'une meilleure couverture complémentaire augmentent leur consommation de soins de spécialistes en secteur 2 sans toutefois augmenter le nombre total de visites. En moyenne, la proportion de consultations en secteur 2 augmente de 9 %, faisant grimper le niveau moyen des dépassements d'honoraires par personne de 32 %. Toutefois, ce résultat dépend fortement de la densité de l'offre de soins. En clair, lorsqu'il y a suffisamment de médecins spécialistes de secteur 1 dans une zone géographique, les complémentaires généreuses n'ont pas d'effet sur les dépassements d'honoraires. « Dans les départements avec, en moyenne, au moins 52

spécialistes de secteur 1 pour 100 000 habitants, nous ne trouvons pas d'impact d'une meilleure couverture sur les dépassements d'honoraires. En revanche, en deçà de ce seuil, l'impact est bien plus fort avec une proportion de consultations de spécialistes en secteur 2 qui augmente de 14 % et une hausse de 47 % du montant moyen des dépassements par consultation », affirme Mathilde Péron. À l'extrême, dans les départements comme l'île de France où le nombre de spécialistes en secteur 1 est très faible, une meilleure couverture augmente également le nombre total de visites laissant craindre un véritable problème d'accès aux soins pour les personnes les plus fragiles, qui ne disposent pas d'une couverture suffisante contre les dépassements d'honoraires.

DES POLITIQUES PUBLIQUES PEU ADAPTÉES

Pour contenir l'envolée des dépassements d'honoraires, les pouvoirs publics ont tenté d'inciter les médecins libéraux exerçant en secteur 2 à les réduire avec des mesures fiscales. Ils ont également limité certaines couvertures complémentaires en mettant en place des contrats dits responsables, qui accordent des aides fiscales aux organismes qui les pratiquent. « La politique actuelle qui consiste à limiter la couverture des dépassements ne semble pas être la meilleure solution et n'est pertinente que dans les régions où l'offre de spécialistes en secteur 1 est insuffisante. Les résultats montrent également que la garantie d'égal accès aux soins exige une offre de spécialistes pratiquant des tarifs opposables suffisante sur l'ensemble du territoire, ce qui n'est pas vérifié aujourd'hui », conclut Mathilde Péron. ●

À retenir

- Une meilleure couverture complémentaire santé conduit à une augmentation de la demande pour les médecins libéraux spécialistes de secteur 2, qui pratiquent des dépassements d'honoraires.
- Le résultat précédant dépend essentiellement de la densité de l'offre de soins et de la disponibilité de médecins spécialistes en secteur 1. Dans les départements où ils sont suffisamment nombreux (au moins 52 pour 100 000 habitants) une meilleure couverture complémentaire n'a pas d'impact sur le recours aux spécialistes de secteur 2 et inversement.
- L'étude démontre que la limitation des couvertures complémentaires pour réduire les dépassements d'honoraires n'est pas pertinente sur tout le territoire. La solution idoine serait de réguler l'offre de soins pour assurer un nombre minimum de spécialistes en secteur 1 dans les zones géographiques où ils sont peu nombreux.

QUELLE EST L'EFFICACITÉ ÉCONOMIQUE DES RÉSEAUX DE SOINS DES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES ?

Si la montée en puissance des réseaux de soins des organismes complémentaires ambitionne d'améliorer l'offre de soins de biens de santé peu remboursés, elle soulève des interrogations sur l'efficacité économique pour les différentes parties prenantes (assurés, assureurs, fournisseurs).

Un reste à charge de 0 euro à l'horizon 2022, pour les demandeurs de prestations de santé peu remboursées (optiques, audioprothèses, dentaires) par l'assurance-maladie, figurait en tête de liste des promesses de campagne d'Emmanuel Macron. En attendant que cette annonce soit éventuellement réalisée, les organismes complémentaires (compagnies d'assurance, mutuelles, instituts de prévoyance) contribuent fortement aux remboursements de ces types de soins. Quant aux patients, ils doivent plus ou moins mettre la main à la poche, en fonction de leur couverture complémentaire, pour compléter le paiement de ces soins, dont les prix sont généralement élevés. C'est le fameux reste à charge.

Toutefois, depuis l'entrée en vigueur de la loi Leroux en janvier 2014, les organismes complémentaires ont la possibilité de créer des réseaux de soins agréés dans lesquels figurent des professionnels de santé, notamment des opticiens. Cette législation autorise aussi et surtout les complémentaires d'assurance-maladie à pratiquer des remboursements différenciés (ou modulés) pour leurs assurés ou adhérents, qui consultent un professionnel à l'intérieur ou à l'extérieur de leurs réseaux. Par exemple, si un patient achète des lunettes chez un opticien appartenant au réseau de sa complémentaire, il sera mieux remboursé avec un reste à charge plus faible, voire nul, que s'il s'adressait à un fournisseur n'étant pas dans le réseau de soins.

DEUX TYPES DE RÉSEAUX DE SOINS DISTINCTS

Avec la loi Leroux, qui instaure les réseaux de soins, les organismes complémentaires sont progressivement devenus des acheteurs de

Avec la loi Leroux, qui instaure les réseaux de soins, les organismes complémentaires sont progressivement devenus des acheteurs de soins, dont les prix sont non régulés et peu remboursés par l'assurance-maladie.

soins, dont les prix sont non régulés (contrairement aux médicaments) et peu remboursés par l'assurance-maladie. Ils ont ainsi le choix de créer deux types de réseaux de soins différents.

Primo, les **réseaux de soins fermés** comportent un nombre limité de fournisseurs fixé par l'organisme complémentaire. Ce dernier propose un meilleur remboursement des soins prodigués par les fournisseurs de son réseau. Pour y appartenir, un système d'enchères est mis en place, qui permet de concurrencer et de sélectionner les fournisseurs proposant les tarifs les plus bas, selon le cahier des charges qualitatif établi par la complémentaire santé. *Secundo*, les **réseaux ouverts** n'ont pas de *numerus clausus*. L'organisme complémentaire fixe lui-même le prix des prestations des fournisseurs, ainsi que les conditions de remboursement à l'intérieur et en dehors du réseau. Les offreurs ont le choix d'y adhérer ou pas. « Ces deux types de réseaux reposent sur des mécanismes totalement opposés. Dans les réseaux fermés, les prix dépendent de la forte concurrence entre les fournisseurs participant aux enchères. À l'inverse, dans les réseaux ouverts, l'organisme complémentaire doit proposer un prix suffisamment attractif pour inciter les offreurs à y

D'après l'article *Medical Service Providers Network*, publié dans *Health Economics*, écrit par Michel Mougeot et Florence Naegelen, ainsi qu'un entretien avec Michel Mougeot.



Michel Mougeot est professeur émérite de Sciences Économiques à l'Université de Franche-Comté. Il est également chercheur au Centre de recherche sur les stratégies économiques et à la chaire Santé. Il a été président de l'Association Française de Science Économique et membre du Conseil d'Analyse Économique. Il est l'auteur de nombreux articles scientifiques et d'ouvrages en économie publique, économie industrielle et économie de la santé dont *Tarifification et Régulation des Hôpitaux*, avec Florence Naegelen, parus aux Éditions Economica.

Méthodologie

Les chercheurs ont effectué une analyse théorique pour comparer et modéliser les stratégies et l'utilité économique des différentes parties prenantes (assurés, assureurs, fournisseurs) dans un réseau de soins fermé et un réseau de soins ouvert. En partant de certaines hypothèses de base, ils ont d'abord défini les prix d'équilibre de biens de santé peu remboursés en l'absence d'un réseau de soins. Ensuite, ils ont réalisé le même travail pour modéliser les prix d'équilibre dans un réseau de soins fermé, puis dans un réseau ouvert, avant d'analyser et de comparer les différents résultats.

adhérer. Dans ce cas, il n'y a pas de mise en concurrence par les prix du droit d'être membre du réseau », affirme Michel Mougeot. Et d'ajouter : « À ma connaissance, il existe peu de littérature académique comparant l'efficacité de ces deux formes de réseaux, alors que cette question relève des sciences économiques. »

UNE MODÉLISATION BASÉE SUR DES HYPOTHÈSES RÉALISTES

Pour effectuer leur travail théorique, les chercheurs ont émis certaines hypothèses de base avant d'établir leur modèle : « La demande des assurés est fonction des prix. Nous avons aussi supposé que la prime de la complémentaire santé était exogène au moment du choix des patients de recourir à un fournisseur à l'intérieur ou en dehors d'un réseau, car la prime versée est connue à l'avance chaque année lors de la souscription ou le renouvellement d'un contrat. Par ailleurs, notre analyse comparative repose sur des biens de santé, qui ne sont pas parfaitement substituables. Les lunettes constituent un bon exemple : même si les produits vendus sont relativement proches et possèdent les mêmes caractéristiques techniques, les consommateurs ont tout de même des perceptions différentes entre plusieurs opticiens. Ils peuvent être sensibles à la proximité géographique, à la publicité, au service après-vente etc. C'est parce que les lunettes sont imparfaitement substituables que les opticiens hors réseau ont quand même des clients », explique Michel Mougeot.

Outre leurs hypothèses, les chercheurs ont, au préalable, considéré une situation sans réseau dans laquelle deux fournisseurs produisent un bien similaire, mais imparfaitement

substituable. Dans ce cas, les prix dépendent de la concurrence entre les offreurs, permettant de définir les prix d'équilibre dans le modèle. Puis, dans un second temps, ils ont considéré un réseau fermé et un réseau ouvert dans leur modèle, afin d'observer les écarts des prix d'équilibre. Par ailleurs, ils ont répliqué leur modélisation à deux types d'organismes complémentaires aux objectifs différents : les mutuelles ambitionnent d'accroître l'utilité de leurs adhérents, tandis qu'une compagnie d'assurance vise à maximiser ses profits.

LES RÉSEAUX SONT BÉNÉFIQUES AUX ASSURÉS

La modélisation théorique décrite plus haut a pu déboucher sur plusieurs résultats significatifs, qui pourraient orienter les pouvoirs publics. De fait, la création de réseaux de soins permet de limiter les dépenses de santé globales, à l'heure où les économies sont indispensables pour la sauvegarde du système. Pour les assurés, les réseaux de soins sont également bénéfiques en augmentant leur utilité économique à recourir à des fournisseurs à l'intérieur d'un réseau. Toutefois, du côté des assureurs et des fournisseurs, les réseaux de soins réduisent leurs profits. « Ce résultat suggère que les compagnies d'assurances ont peu d'intérêt économique à instaurer des réseaux de soins, contrairement aux organismes à but non lucratif que sont les mutuelles », précise Michel Mougeot. En ce qui concerne les réseaux fermés et ouverts, les résultats divergent selon les parties prenantes concernées : « Les réseaux fermés apportent davantage d'utilité pour les assurés, car les prix y sont plus bas que dans les réseaux ouverts. Le raisonnement inverse s'appliquant pour les

assureurs et les fournisseurs », poursuit Michel Mougeot. Enfin, les chercheurs ont intégré le paramètre du tiers payant dans leur modèle lorsque ce mécanisme ne concerne que les biens achetés dans le réseau : « Le tiers payant représente un avantage concurrentiel supplémentaire pour les fournisseurs qui sont dans un réseau, tout en réduisant la substituabilité des biens concernés. Dans ce contexte, la concurrence entre les fournisseurs à l'intérieur d'un réseau est moins intense et profite donc moins aux assurés », conclut Michel Mougeot. ●

À retenir

- La mise en place d'un ou plusieurs réseaux de soins constitue un outil intéressant pour limiter les dépenses de santé globales.
- Les réseaux de soins procurent des bénéfices financiers pour les assurés. En revanche, ce n'est pas le cas des assureurs et des fournisseurs dont les profits diminuent, par rapport à la situation où il n'y aurait pas de réseau.
- Les réseaux fermés sont plus avantageux pour les consommateurs, tandis que les réseaux ouverts sont plus profitables aux assureurs et aux fournisseurs.

