

16

Modalités de prise en charge de la prévention, du dépistage et du traitement

La revue de la littérature et les analyses des experts conduisent à préconiser la définition claire de stratégies de vaccination, de traitement, voire de dépistage. Globalement, les stratégies ainsi proposées, même si on ne peut évaluer exactement leur bilan coût-bénéfice, ni leur avantage comparatif par rapport à d'autres stratégies possibles, apparaissent économiquement raisonnables au sens où les ressources nécessaires à leur mise en œuvre peuvent être effectivement mobilisées et sont compatibles avec les grands équilibres macro-économiques.

Toutefois, la question qui reste posée est celle des moyens à mobiliser pour que ces stratégies soient effectivement mise en place et aient de bonnes chances d'être efficaces. En d'autres termes, il s'agira, dans certains cas, d'arbitrer (pour les individus ciblés) entre une politique (ou un programme) fondée sur « l'obligation » ou au contraire fondée sur la recommandation. Dans d'autres cas, se posera plus particulièrement la question du financement des actions choisies. Pour la France, ce sera souvent celle des places respectives que doivent occuper l'Etat, le système d'Assurance Maladie obligatoire, le système assurantiel privé complémentaire (et en son sein le secteur mutualiste) ainsi que les ménages.

A la lumière d'un rappel des grands principes relatifs à la prise en charge du risque maladie, aux conditions de « solvabilisation » de la demande de soins et de la prévention et après une revue des conditions actuelles de prise en charge et de remboursement, il est possible d'envisager ce que pourraient être les conditions stratégiques et financières d'une mise en œuvre efficace en matière de prévention et de traitement des différentes hépatites.

Rappel des grands principes relatifs à la prise en charge du risque maladie

En France, la prise en charge du risque maladie, à travers l'Assurance Maladie obligatoire pour tous les individus, relève simultanément d'une logique

d'assurance privée (transfert de risque, équilibre des comptes...) et d'une logique de solidarité sociale (cotisations obligatoires assises sur les revenus du travail, redistribution...) (Bourguignon et Kessler, 1994).

Il est classique de montrer qu'une logique purement assurantielle de prise en charge du risque maladie est difficilement envisageable pour des raisons liées :

- à l'inéquité d'un tel système, qui feraient que les individus les plus à risques d'être malades pourraient ne pas avoir les moyens de souscrire une assurance privée ;
- à l'imperfection et l'asymétrie de l'information par méconnaissance et/ou sous-estimation des risques réels, phénomènes de sélection adverse¹ et de risque moral²...
- à la probable impossibilité pour des assurances privées d'absorber financièrement certains risques à caractère catastrophique, comme par exemple une épidémie.

Pour ces raisons, la couverture du risque maladie repose sur une logique d'assurance sociale, souvent obligatoire, qui, dans sa version la plus générale, mutualise le « risque maladie » entre tous les individus. Son acceptation sociale repose sur une proportionnalité des cotisations assises sur les revenus et sur une logique de redistribution en terme de prestations, allant, sans considération de revenus, des non-malades vers les malades. Toutefois, un système d'assurance privée ou mutualiste conserve toute sa place puisqu'il peut compléter le système d'assurance sociale, voire s'y substituer dans certains cas (remboursement d'actes non ou mal remboursés par l'Assurance Maladie). Dans la mesure où ce financement complémentaire reste limité, on admet généralement que les inégalités ainsi engendrées ne menacent pas les principes de solidarité sociale.

La question qui reste alors principalement posée est celle de la prise en charge financière des actions collectives, autrement dit : « Qui doit financer quoi » en matière de Santé Publique et notamment de prévention ?

Traditionnellement, on admet que c'est à l'Etat de prendre en charge ce qui relève de l'intérêt collectif, à travers la définition, la mise en place et le financement de politiques de santé publique. Pourtant, lorsqu'on observe les données nationales, on remarque que l'Etat n'est pas le seul financeur, tant s'en faut, de la prévention. En effet, dans le financement total de ce qui, en France, est identifié, dans les Comptes de la Santé (1995), comme des dépenses de prévention, individuelle ou collective, la part de l'Assurance Maladie s'élève à 19,5 % (soit environ 17,5 milliards de francs), quand celle de l'Etat, collectivités locales comprises, et celle des entreprises, principalement au titre

1. mécanisme lié à l'asymétrie d'information, entre assureur et assuré, conduisant à ce que les individus les plus à risque soient les plus gros demandeurs d'assurances. Or, en l'absence d'obligation, l'assurance qui aurait la possibilité de connaître le niveau de risque élevé d'un individu (mécanismes incitatifs) pourrait refuser de l'assurer (Dionne, 1994a).

2. risque supplémentaire créé par l'individu qui, parce qu'il est assuré, va réduire son comportement préventif (Dionne et Bourguignon, 1994).

de la médecine du travail, sont respectivement de 47,5 et 33 %. A ce titre, environ 30 % des dépenses engagées par l'Assurance Maladie le sont dans le cadre des interventions du Fond de Prévention telles qu'elles sont définies par arrêté ministériel, le reste comprenant les dépenses engagées par le fond d'Action Sanitaire et Sociale ou par la « gestion du risque ». Le rôle de l'Assurance Maladie à ce seul niveau, où ne sont pas comptabilisées la plupart des dépenses de prévention et de dépistage réalisées en secteur libéral ou à l'hôpital, apparaît donc loin d'être négligeable.

Dès lors, cette participation à des activités sanitaires, qui dans leur mise en œuvre et leur financement sembleraient devoir relever de la seule responsabilité de l'Etat et des collectivités locales, traduit la singularité de l'Assurance Maladie dans le système de santé français. Celle-ci, de fait, ne gère pas seulement le risque maladie (dépenses de soins) mais s'avère être, plus généralement, le principal gestionnaire de la santé des français (dépenses de santé). Ainsi est-elle amenée à solvabiliser tout ou partie de la demande de prévention ou de dépistage, relative à des programmes ou politiques de santé publique, en incitant parfois, par la gratuité, à la révélation de cette demande. Par ailleurs, l'Assurance Maladie peut parfois être amenée à financer directement certains programmes, se substituant ainsi aux budgets publics dont ils pourraient relever. Il en est ainsi dans le domaine des vaccinations où, à titre d'exemple, c'est l'Assurance Maladie, à travers le Fond de Prévention, qui en 1995 et 1996 a financé l'achat de vaccins pour la campagne de vaccination contre l'hépatite B des élèves de classe de 6^{ème}, alors qu'il s'agit d'une politique publique relevant de la médecine scolaire.

A la question sur les rôles respectifs que doivent occuper, en matière de santé publique, l'Etat et l'Assurance Maladie, s'ajoutent également des interrogations sur ceux que peuvent tenir les autres assureurs (mutuelles, assureurs privés). A ce titre, deux types de questionnements émergent :

- peut-on considérer qu'un assureur, même de type mutualiste, soumis aux contraintes d'équilibres financiers à court terme, peut se transformer en acteur efficace des politiques publiques sans être tenté de gérer la santé publique comme il gère la maladie ?
- puisque l'Assurance Maladie finance une partie des politiques publiques souvent comme elle finance les dépenses de soins (par exemple, le vaccin contre l'hépatite B est remboursé à 65 % comme de nombreux médicaments), les assurances complémentaires doivent-elles suivre une telle logique ? Si oui, elles pérenniseraient et renforceraient alors un système qui, de facto, considère prévention et soins comme de même nature.

Il est courant que les actions de prévention (et ceci est d'autant plus vrai pour les hépatites dont les conséquences médicales et économiques se manifestent à long terme) nécessitent un investissement immédiat dont la rentabilité, en terme de dépenses de soins évitées, est souvent lointaine, voire incertaine.

Une telle situation est incompatible avec les obligations d'équilibre financier des assurances complémentaires, mais aussi de l'Assurance Maladie tenue, théoriquement, à l'équilibre de ses comptes.

La prévention, contrairement aux autres modes de protection que sont l'assurance privée et l'auto-assurance, permet d'agir sur la probabilité de survenue d'un risque (Dionne, 1994b ; Eeckhoudt, 1991). Ainsi, il est aisé de montrer qu'en théorie, les assureurs ne souhaitent prioritairement favoriser la prévention que sous certaines conditions, et notamment pour les individus à risque élevé. C'est en effet pour eux que la probabilité de débours est forte et qu'il y a intérêt à ce que leur niveau de risque diminue. Toutefois, comme le fait remarquer Eeckhoudt (1991) en s'appuyant sur les conclusions de Wildawski (1988), au niveau collectif, « un excès de prévention peut très bien conduire à une société plus dangereuse », à cause d'un sentiment de sécurité exagérément développé. En outre, il semble évident qu'à partir par exemple d'un certain niveau de couverture vaccinale, un faible gain en terme de réduction du risque est associé à un coût marginal croissant, les personnes non vaccinées étant de plus en plus difficiles à atteindre (Eeckhoudt, 1986).

Ainsi, d'un point de vue théorique, on s'aperçoit qu'en matière de prévention l'intérêt des assureurs, quels qu'ils soient, se limite à certaines situations ou cas particuliers.

Pourtant dans la pratique, le rôle des assureurs, surtout lorsqu'il s'agit de mutuelles, n'est pas limité à la simple vente de contrat d'assurance. Ils peuvent avoir d'autres intérêts que ceux évoqués précédemment, à promouvoir la prévention, voire même utiliser leur expertise afin d'aider ou d'inciter leurs assurés à une meilleure gestion de leurs risques.

Toutefois, ce n'est que lorsque la prévention n'est pas complètement prise en charge par l'Etat ou l'Assurance Maladie que les assureurs privés ont surtout la possibilité de jouer un rôle actif en matière de prévention. En effet, lorsque des actions de santé publique nouvelles sont prises en charge à 100 % à travers le Fond de Prévention notamment (la situation serait bien évidemment la même si l'Etat finançait), les assureurs n'ont en fait à supporter aucun des coûts relatifs à ces actions, mais « encaissent » alors probablement une partie des bénéfices puisque les populations couvertes voient leur risque spécifique, concerné par ces actions, diminuer. Par contre, dans des conditions de remboursement des actions de Santé Publique, par l'Assurance Maladie, identiques à celles relatives au remboursement des soins, les mutuelles et les assurances complémentaires peuvent alors retrouver un rôle qui leur est propre.

Si les mutuelles et les assurances ont trouvé leur place en complétant la couverture du risque maladie et en couvrant des dépenses non ou mal remboursées (prothèse dentaires, lunettes...), une participation active au financement de la prévention constitue, pour elles, un enjeu décisionnel susceptible de conférer à celles qui choisiraient une telle stratégie un avantage concurrentiel notable.

Hépatite A

Le traitement de l'hépatite A ne constitue pas actuellement un enjeu majeur dans la mesure où les conséquences d'une contamination par le virus de l'hépatite A sont rarement graves et coûteuses : seule une faible proportion des complications de l'hépatite A chez l'adulte nécessite une hospitalisation et les hépatites fulminantes sont exceptionnelles. Toutefois, lorsque ces complications sont graves et médicalement coûteuses, l'accès aux soins est assuré dans les conditions générales de solvabilité de la demande.

Prévention vaccinale

Le calendrier vaccinal français recommande la vaccination de l'hépatite A pour un certain nombre de populations à risque parmi lesquelles on peut citer les voyageurs vers les pays en développement, les militaires en opérations extérieures, les employés des centres de collecte et de traitement des déchets, les employés des centres de restauration collective... Deux vaccins sont disponibles : l'un nécessitant pour une primo-vaccination l'administration de deux doses (Havrix 720 U/ml), l'autre n'en nécessitant qu'une (Havrix 1440 U/ml), un rappel devant être fait dans les deux cas (6 à 12 mois après la première injection) afin de prolonger l'immunité.

Ainsi, le coût d'une vaccination complète (primo-vaccination et rappels) peut être estimé, sur la base raisonnable de deux consultations, à environ 720 voire 840 francs selon le vaccin utilisé lors de la primo-vaccination. Or le vaccin, qui représente la majeure partie de ce coût, n'est pas remboursé par l'Assurance Maladie. Le financement collectif et complémentaire est donc minime et limité seulement aux consultations. Finalement, l'individu qui souhaite se faire vacciner, s'il n'a pas de mutuelle, qu'il appartienne ou non aux groupes identifiés comme à risque et pour lesquels la vaccination est recommandée, devra déboursier au minimum 570 francs, dont 494 pour les vaccins uniquement.

Dès lors, il peut paraître légitime de se demander quelle est l'efficacité réelle d'une telle politique basée seulement sur des recommandations. En effet, le coût en vaccin à la charge des individus peut être considéré comme un élément dissuasif, susceptible de menacer l'efficacité réelle de la politique et cela, sans doute, d'autant plus que les individus concernés seront peu sensibilisés à l'intérêt de cette vaccination.

Par ailleurs, cette politique, en laissant à la charge des individus le coût du vaccin, risque de dissuader d'y avoir recours ceux pour qui la probabilité qu'elle soit utile est la plus forte.

Il faut remarquer ici que la situation actuelle paraît d'autant plus surprenante, voire paradoxale, qu'avant la disponibilité d'un vaccin contre l'hépatite A (1988) et jusqu'à leur retrait des officines en 1995, les immunoglobulines

anti-hépatite A utilisées même à titre préventif étaient remboursées à 100 % par l'Assurance Maladie, alors qu'elles étaient plus onéreuses que les vaccins.

Sur ces bases, et compte tenu des résultats des évaluations médico-économiques plutôt en faveur d'une efficacité de la vaccination des groupes à risque, il semble raisonnable de penser que la vaccination ne devrait pas être laissée à la charge des individus pour lesquels elle est recommandée.

Pourtant, si les vaccins ne doivent pas être laissés à la charge des individus ciblés, qui doit les financer ? Doivent-ils être pris en charge intégralement ou partiellement seulement ? La réponse à ces questions est loin d'être évidente.

La première possibilité serait que l'Assurance Maladie rembourse le vaccin pour toutes les personnes faisant partie des groupes à risque identifiés. Une telle mesure pourrait être justifiée par le fait que la vaccination de ces groupes à risque a été démontrée comme étant une stratégie coût-efficace permettant de réaliser des économies. Un remboursement à 100 %, comme auparavant pour les immunoglobulines, aurait comme avantage de donner un fort signal aux individus concernés sur l'intérêt que présente pour eux cette vaccination, et d'éliminer ainsi le caractère désincitatif lié au prix élevé du vaccin. Toutefois, une telle mesure, même si elle paraît a priori souhaitable, semble difficilement envisageable et réalisable aujourd'hui. Si l'Assurance Maladie rembourse un jour ces vaccins, ce sera au mieux à 65 % comme le vaccin contre l'hépatite B (et pourquoi pas à 30 % si prévenir une hépatite A est considéré comme une intervention de « confort » !). Les mutuelles pourraient alors prendre en charge tout ou partie de la différence.

Une seconde possibilité pourrait être d'envisager un financeur différent selon les catégories de groupes à risque, comme par exemple demander aux employeurs de financer la vaccination pour leur personnel expatrié, comme le fait actuellement l'armée. Les mutuelles pourraient également décider de prendre en charge une partie, voire l'intégralité, du coût des vaccins pour ses adhérents désireux d'effectuer des séjours touristiques dans des zones d'endémicité, afin de les inciter à se faire vacciner et les informer sur les risques encourus.

En tout état de cause, pour que la vaccination des groupes à risques puisse réellement avoir une efficacité, il semble important que le coût des vaccins contre l'hépatite A ne soit pas laissé dans son intégralité à la charge des individus concernés.

Hépatite B

Aujourd'hui, les patients contaminés par le VHB et atteints d'un carcinome hépatocellulaire, ou d'une cirrhose traitée par l'interféron sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie au titre de « la longue maladie ». Dans les autres cas (surveillance du passage ou non vers la chronicité...), les patients

sont pris en charge dans les conditions générales de solvabilité de la demande, c'est-à-dire selon les taux de remboursement des consommations médicales et des différents actes médico-techniques réalisés. La différence entre les taux de remboursement et les prix payés est alors à la charge du patient ou de sa mutuelle le cas échéant.

Jusqu'à ces derniers mois, l'interféron était exclusivement réservé à l'usage hospitalier et donc financé sur le budget global de l'hôpital. Maintenant, alors que l'interféron à 6 millions d'unités est toujours exclusivement réservé à l'usage hospitalier, celui dosé à 3 millions d'unités est disponible en officine et peut être prescrit par les hépato-gastroentérologues. Cette situation pose la question du financement de ces dépenses par les patients et les mutuelles, puisqu'en secteur de ville, l'interféron est remboursé à 65 % seulement par l'Assurance Maladie, sauf si le patient bénéficie du 100 % au titre de « la longue maladie » (ce qui n'est semble-t-il pas toujours le cas). Or, le traitement par interféron coûte cher, en raison du prix unitaire élevé de ce médicament (environ 123 francs les 3 millions d'unités) et de la durée du traitement, qui est au minimum de six mois. A titre indicatif, un patient traité par interféron en médecine de ville, sur la base de 3 millions d'unités, trois fois par semaine, pendant 6 mois (protocole minimum ou « classique »), et non pris en charge à 100 %, doit déboursier plus de 3 000 francs, pour un coût global d'environ 9 500 francs, sauf s'il a une mutuelle.

Sur ces bases, il paraît indispensable que tout patient pour lequel un traitement par l'interféron semble être indiqué, c'est-à-dire dans une situation où l'efficacité d'un tel traitement pour une indication donnée a été démontrée, soit pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie, et cela d'autant plus que la durée des traitements et le dosage tendent à augmenter.

Prévention vaccinale

La vaccination contre l'hépatite B est aujourd'hui obligatoire pour les personnels de santé, recommandée pour certaines personnes à risque (toxicomanes, hémophiles...) mais aussi, depuis 1994, pour les nourrissons et les élèves en classe de 6^{ème} dans le cadre d'une vaccination de masse.

Les vaccins, dont le prix unitaire est assez élevé (70 francs pour la forme pédiatrique et 130 ou 143 francs pour la forme destinée aux adultes) sont systématiquement remboursés à 65 % dès lors qu'il y a prescription médicale. Au coût des vaccins nécessaires à une vaccination complète en secteur privé, soit 280 francs pour les nourrissons (quatre doses) et 390 francs, minimum, pour un adulte, s'ajoute bien entendu celui des consultations.

Or, que l'individu appartienne ou non à un groupe cible, 35 % du coût de la vaccination seront à sa charge, ou celle de sa mutuelle. En d'autres termes, alors que la politique actuelle, en définissant des groupes cibles pour lesquels la vaccination contre l'hépatite B est recommandée, permet de différencier les individus, le choix d'un taux de remboursement uniforme tend à gommer

cette distinction. Ce choix d'un taux unique, encourageant la vaccination de la même manière pour tous les individus, est une mesure égalitaire, mais pas nécessairement équitable puisque ceux qui devraient être vaccinés, compte tenu de la politique, ne sont pas plus incités que les autres à le faire. Le coût de la vaccination, même remboursée à 65 %, peut être un élément dissuasif pour certains individus cibles, alors qu'il ne l'est pas forcément pour ceux qui, conformément à la politique, ne devraient pas être vaccinés, et d'autant plus qu'ils disposent d'une assurance complémentaire. Toutefois, certains groupes cibles comme les nourrissons, les élèves de classe de 6^{ème}, les personnels de santé ont la possibilité de se faire vacciner gratuitement en secteur public (respectivement dans les centres de protection maternelle et infantile (PMI), par la médecine scolaire ou par la médecine du travail).

Dès lors, on peut penser que la situation qui vient d'être décrite, associée à un manque d'information des différents acteurs concernés par la politique (médecins, individus...), peut en majeure partie expliquer le fait qu'aujourd'hui ce n'est pas toujours ceux qui, selon les recommandations en vigueur, devraient être vaccinés qui le sont effectivement ; ceci laisse présager une inefficacité de la politique à atteindre ses objectifs en termes de couverture de la population cible. En effet, d'après les données de l'Etude Sofres Medical-SmithKline Beecham, obtenues à partir d'un échantillon national représentatif de 20 000 foyers français, à la fin de l'année 1995, seuls 11 % des 0-2 ans étaient vaccinés, alors qu'ils étaient 17 % dans la classe d'âge 3-10 ans qui a priori n'est pas concernée par les recommandations actuelles. Or, le choix des nourrissons a été essentiellement justifié par le fait que c'était une population facile à vacciner, en raison de la possibilité d'intégrer la vaccination contre l'hépatite B dans le calendrier vaccinal (en même temps que le DTCP). Ceci ne semble donc pas être le cas puisque, avec les plus de 55 ans, c'est dans cette classe d'âge que l'on observe les taux de couverture les plus bas, alors que 68 % des 11-15 ans, 36 % des 19-24 ans et 19 % des 25-34 ans, populations les plus à risques mais que l'on pensait être les plus difficiles à toucher, auraient été vaccinés.

De plus, la situation actuelle ne permet pas de savoir si les individus qui se font vacciner, qu'ils appartiennent ou non aux groupes ciblés, sont réellement ceux qui à terme auraient été contaminés par le VHB. Les personnes les plus informées, et souvent les moins à risque d'être contaminées un jour, ne sont-elles pas les seules à se faire vacciner ? Si tel était le cas, alors la contrepartie en terme de réduction de l'incidence de l'hépatite B pourrait être faible au regard des sommes engagées par tous les acteurs concernés.

Comment améliorer l'efficacité de la prévention vaccinale ?

Si l'on considère qu'il est réellement important que les groupes cibles soient effectivement vaccinés, l'idéal pourrait être de rendre obligatoire et gratuite la vaccination pour ces groupes. Toutefois, l'obligation paraît difficilement

envisageable, excepté peut être pour les nourrissons et les élèves de 6^{ème}, en raison notamment de la difficulté à mettre en place des mécanismes de contrôle du respect de l'obligation.

Une solution plus réaliste serait que l'Assurance Maladie rembourse à 100 % la vaccination pour les individus appartenant aux groupes ciblés par la politique, afin que les coûts de la vaccination à la charge des individus ne soient pas considérés comme dissuasifs. L'Assurance Maladie, en agissant ainsi, donnerait un fort signal aux individus ciblés. Une manière d'accentuer ce signal serait d'accepter, en contrepartie, de réduire le taux de remboursement de la vaccination pour les individus non concernés par la politique, voire de ne pas rembourser la vaccination en dehors des groupes cibles.

Enfin, il semble qu'aujourd'hui des efforts d'information sur l'hépatite B, ses modes de transmissions, de prévention et ses conséquences, soient nécessaires aussi bien au niveau des individus directement concernés par la politique (y compris les médecins) que de la population générale. A ce titre, les mutuelles pourraient participer à cet effort d'information pour ses adhérents en leur expliquant, notamment, les raisons des recommandations de la politique actuelle.

Hépatite C

L'efficacité de l'interféron pour traiter certains types d'hépatites C a été démontrée, mais des recherches sont actuellement en cours pour préciser les indications, les doses et la durée des traitements. La connaissance de ces données est indispensable en terme d'efficience, dans la mesure où elles conditionnent le coût et l'efficacité réelle des traitements.

De la même manière que pour l'hépatite B, il est important que tout patient pour lequel un traitement par interféron est indiqué soit pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie au titre de la « longue maladie », en raison du coût élevé de ce type de traitement : environ 10 000 francs aujourd'hui, voire près de 40 000 francs si le traitement passe, comme cela semble être suggéré, de 3 à 6 millions d'unités, 3 fois par semaine pendant 12 mois (au lieu de 6 mois). De plus, l'association de l'interféron à une autre molécule telle que la Ribavirine, dont on attend une grande efficacité, risque de contribuer à renchérir le coût des traitements actuels, rendant ainsi la prise en charge à 100 % des patients d'autant plus indispensable.

Prévention par le dépistage

En l'absence de vaccin le seul mode de prévention demeure le dépistage des porteurs du virus C afin de limiter la diffusion.

Dès lors, il semble raisonnable et logique de considérer que les tests de dépistage doivent être remboursés partiellement, voire intégralement, pour

les individus appartenant aux groupes cibles (voir circulaire de la DGS) et qu'en dehors de ces indications de dépistage ciblées, il n'existe a priori aucune raison pour qu'il soit pris en charge par les assureurs (privés ou de type mutualiste).

De la même manière, il semble raisonnable de penser que le remboursement des tests réalisés cette fois pour orienter un diagnostic ou pour suivre l'évolution de la maladie doivent être pris en charge dans la limite du respect d'un « protocole de bonne pratique médicale » et non de façon systématique.

En conclusion, quels que soient les modes de financement des politiques de prévention, de diagnostic et de traitement des hépatites qui auront été choisis, il convient qu'un accès équitable au système de soins soit préservé, voire renforcé. Ceci s'explique non seulement pour des raisons d'éthique collective - il serait inacceptable que le recours des individus à la prévention soit, par exemple, lié à des contraintes de revenu - mais aussi parce que les bénéfices socio-économiques attendus sont tributaires de l'efficacité de ces politiques, qui elles-mêmes supposent que les individus ou groupes d'individus qui en font l'objet y aient effectivement recours.

Ainsi, pour l'Assurance Maladie ou les pouvoirs publics, on peut admettre qu'un remboursement à 100 % en faveur des individus appartenant aux « groupes cibles » permettrait à la solvabilisation de la demande de jouer pleinement son rôle incitatif et de donner un fort signal à ces individus, conduisant ainsi à l'efficacité maximale. D'un autre côté, les dépenses supplémentaires ainsi engendrées pourraient trouver une compensation par le moindre remboursement des individus non ciblés.

Par ailleurs, la logique économique des mutuelles et assureurs privés, qu'il s'agisse de réduire la morbidité de leurs adhérents - et en outre les dépenses futures - ou de faire face à un marché concurrentiel, pourrait les conduire à envisager un financement complémentaire de certaines mesures de prévention et/ou de traitement lorsque celles-ci sont imparfaitement prises en charge par l'Assurance Maladie (trop fort ticket modérateur ou absence de remboursement).

En conséquence, afin d'optimiser l'efficacité et l'équité des politiques publiques à l'égard des hépatites, il apparaît comme fondamental que la gestion de leur financement ne soit pas déconnectée et accompagne au contraire la réflexion globale sur les modalités pratiques de mise en œuvre de ces politiques.

BIBLIOGRAPHIE

- Bourguignon F, Kessler D. Assurance sociale. *Risques* 1994, 17 : 19-23
- 236 Dionne G. Antisélection. *Risques* 1994a, 17 : 12-14

Dionne G. Auto-protection et auto-assurance. *Risques* 1994b, 17 : 27-29

Dionne G, Bourguignon F. Risque moral. *Risques* 1994, 17 : 140-141

Eeckhoudt L. Le risque en économie et médecine : du diagnostic au traitement. Facultés Universitaires Catholiques de Mons. Leçon inaugurale du 13 octobre 1986

Eeckhoudt L. Théorie de la prévention. *Risques* 1991, 4 : 19-25

Wildawski A. Searching for Safety. Publication of the Social Philosophy and Policy Center. Bowling Green State University, 1988