

N° 119 • juin 2001

*Les États-Unis consacrent près de 14 % de leur PIB à la santé. La couverture du risque maladie y repose en grande partie sur l'assurance privée. Les deux tiers des Américains de moins de 65 ans sont ainsi assurés par le biais de leur employeur. Le financement public, ciblé sur certaines populations, est assuré principalement par deux programmes : le programme fédéral Medicare qui couvre, pour les affections aiguës, toutes les personnes de plus de 65 ans et celles atteintes d'incapacité permanente, soit 15 % de la population ; le programme Medicaid qui s'adresse à certaines familles pauvres avec enfants et couvre 11 % de la population. Les États fédérés peuvent, dans certaines limites, accroître la couverture proposée par le programme.*

*Plus de 42 millions d'Américains ne disposent pas d'assurance maladie, soit 15 % de la population dont 27 % ont un revenu inférieur au seuil de pauvreté.*

*Pour rationaliser la dépense de santé, les assureurs privés et publics ont développé un partenariat avec les offreurs de soins dans le cadre de Managed care organizations.*

*Ces organismes incitent par divers moyens les patients à recourir à des fournisseurs de soins « agréés », eux-mêmes gérés selon des modes de rémunération et de contractualisation sélectifs.*

*Les pratiques médicales y sont aussi généralement encadrées.*

*Sept Américains sur dix dépendent de tels organismes, soit par le biais de leur employeur, soit individuellement, soit dans le cadre de Medicare et de Medicaid.*

**Sandrine CHAMBARETAUD  
et Diane LEQUET-SLAMA**

Ministère de l'Emploi et de la solidarité  
DREES

**et Victor G. RODWIN**

New York University, Wagner School

## Couverture maladie et organisation des soins aux États-Unis

Le système de soins des États-Unis apparaît différent du système de santé français et des dispositifs en place dans les autres pays de l'Union européenne tant en raison de l'absence de tout système national obligatoire d'assurance maladie que de la prédominance des acteurs privés. Deux Américains sur trois, âgés de moins de 65 ans, sont ainsi couverts par le biais d'une assurance privée liée à l'emploi. La prise en charge publique ne concerne que deux catégories de personnes, les plus de 65 ans qui sont couverts par le programme fédéral *Medicare* et les familles pauvres éligibles au programme *Medicaid*. En 1999, plus de 42 millions d'Américains, soit 15 % environ de la population, ne disposaient d'aucune assurance maladie.

Cependant, et contrairement à une image très répandue dans l'opinion, la contribution des assurances privées aux dépenses de santé est inférieure au financement public par l'impôt. En 1998, 33 % des dépenses de santé étaient finan-



cées par les assurances privées contre 45 % pour le financement public ; quant au débours net des ménages et autres, il s'élevait à 22 % (encadré 1).

Des caractéristiques souvent soulignées du système de santé américain sont aussi le faible rôle de l'État

dans la régulation du système et l'importance du secteur privé dans l'organisation hospitalière. En réalité, la majorité des lits hospitaliers dépendent du secteur privé non lucratif (56 %), un tiers des lits du secteur public et seulement 11 % du secteur privé lucratif (une proportion inférieure à celle observée dans le secteur hospitalier français). Quant au rôle de la puissance publique, force est de constater que l'État fédéral s'implique assez profondément dans les affaires hospitalières à travers deux commissions essentielles : la *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* (JCAHO), commission gouvernementale chargée d'accréditer et d'accorder des subventions aux structures publiques de soins et le *National Committee for Quality Assurance* (NCQA) qui fixe des standards minimum de qualité pour les établissements.

En outre, et c'est bien sûr essentiel, il faut rappeler que les dépenses

de santé américaines sont les plus élevées parmi les pays industrialisés : d'après l'OCDE<sup>1</sup>, 13,7 % du PIB était consacré à la santé aux USA en 1999 contre 8,7 % en moyenne pour les pays de l'Union européenne. Ses usagers semblent en outre se déclarer majoritairement insatisfaits de leur système de santé (enquête d'opinion internationale, cité par Rice<sup>1</sup>).

### La couverture du risque maladie

D'inspiration libérale, le système d'assurance maladie américain ne repose ni sur le principe d'une couverture généralisée de la population ni sur celui d'un financement public par le biais de prélèvements obligatoires, bien que la participation publique atteigne, comme on l'a vu précédemment, un niveau conséquent. Globalement, trois types de couverture existent : l'assurance maladie privée qui est le plus souvent liée à l'emploi, *Medicare* qui couvre les personnes de plus de 65 ans ainsi que les personnes gravement handicapées, sans considération de revenus, et *Medicaid* qui prend en charge les familles les plus pauvres (graphique 1).

Entre 1989 et 1999, on peut distinguer deux périodes :

- De 1989 à 1993, la part de l'assurance maladie privée a décliné (-5,4 points), alors que le pourcentage de la population prise en charge par *Medicaid* a considérablement augmenté (+3,1 points). Dans le même temps, la part des personnes non assurées a augmenté de 2 points.

- De 1994 à 1999, l'augmentation de la part de la population prise en charge par *Medicaid* devient plus modérée (+0,3 point) alors que l'assurance maladie privée connaît une expansion assez importante (+5,3 points) et que la part des personnes non assurées diminue (-0,7 point).

1. Source : Écosanté, OCDE.

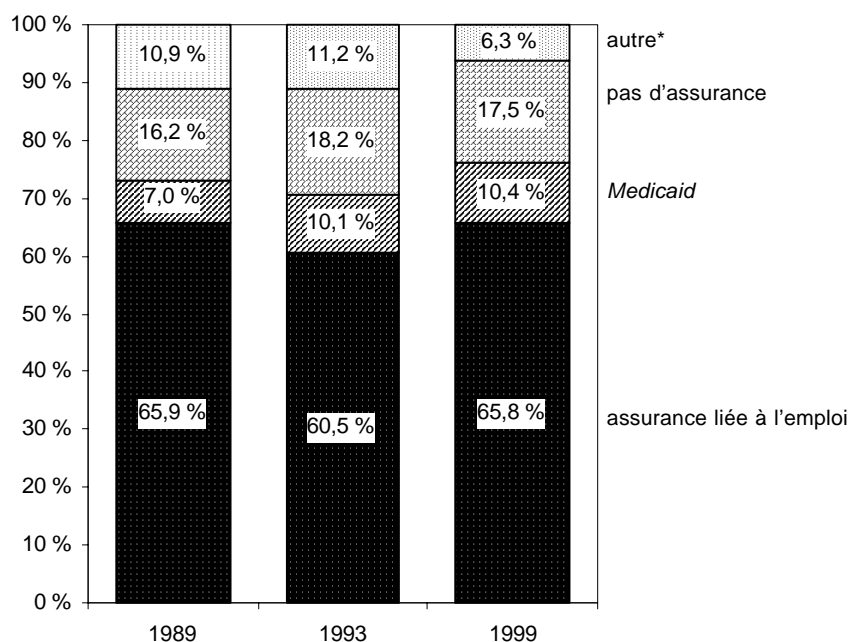
#### E•1

### Le financement public de la santé aux États-Unis

Le financement public qui couvre 45 % des dépenses de santé comprend :

- les contributions de l'État fédéral pour la couverture des personnes âgées et invalides (*Medicare*), pour la couverture des personnes les plus défavorisées (*Medicaid*), pour la couverture des anciens combattants (hôpitaux publics de la *Veteran Administration*) et pour la couverture des militaires et de leurs ayants-droits (*CHAMPUS*)
- les contributions des États fédéraux pour leur part de financement de *Medicaid* ainsi que pour les hôpitaux psychiatriques
- la contribution des pouvoirs publics locaux, essentiellement pour les hôpitaux municipaux publics.

#### G•01 couverture maladie des personnes de moins de 65 ans



\* Assurances diverses : individuelle, « Anciens combattants », « Indiens », personnes handicapées (couvertes par *Medicare*)...

Source : Kaiser (1999-2000) et Census Bureau (1996-1998).

Ces évolutions suivent assez largement celles de la conjoncture économique des États-Unis qui connaît une forte croissance depuis 1993. La croissance économique s'est logiquement accompagnée d'une augmentation du nombre de personnes assurées dans le cadre de leur emploi, grâce à la fois à l'augmentation du volume des emplois offerts et au déclin de ceux qui ne donnent pas accès à un programme d'assurance maladie.

### ■ L'assurance maladie privée.

En 1999, plus de 65 % des Américains de moins de 65 ans sont couverts par le biais d'une assurance maladie privée liée à l'emploi<sup>2</sup>. Les entreprises, quelle que soit leur taille, ne sont pas obligées d'offrir une assurance maladie à leurs employés ; toutefois, dans un contexte très favorable à l'emploi, elles ont eu tendance à étendre cette possibilité afin d'accroître leur attractivité. Ainsi, en 2000, les deux tiers des entreprises de moins de 200 salariés offraient à leurs salariés une assurance maladie alors qu'elles n'étaient que 54 % dans ce cas en 1998. Quant aux grandes entreprises, la quasi-totalité d'entre elles propose une couverture maladie.

Ces bons résultats recouvrent néanmoins des inégalités encore assez fortes : 93 % des travailleurs qui gagnent plus de 15 \$ l'heure bénéficient d'une assurance souscrite par leur employeur alors que seulement 43 % de ceux qui gagnent 7 \$ ou moins se voient proposer le même avantage. Les assurances privées proposent le plus souvent des contrats qui incluent les conjoints et les enfants de moins de 16 ans.

Ces éléments ne signifient pas que la totalité des travailleurs des entreprises disposant d'un programme d'assurance maladie en bénéficient effectivement : des conditions d'éligibilité peuvent exister (temps de travail minimal, ancienneté), et les salariés restent libres de ne pas adhérer à la couverture proposée par leur entreprise – soit que le montant des primes leur paraisse trop élevé, soit qu'ils bénéficient déjà par ailleurs d'une assurance maladie. Globalement, dans les entreprises qui proposent une couverture maladie, 79 % des employés sont éligibles au programme et, parmi ces derniers, 81 % y adhèrent.

La prime d'assurance mensuelle pour une personne seule s'élevait en moyenne à 202 \$ en 2000, dont 86 % étaient pris en charge par l'employeur. Depuis 1996, on note une tendance à la hausse des primes d'assurance qui est liée, en partie, à la forte croissance des dépenses de médicaments. Toutefois, cette hausse des primes ne semble pas avoir été répercutée sur les employés, qui ont même vu leur participation mensuelle moyenne passer de 37 \$ en 1996 à 28 \$ en 2000. Ce phénomène reflète l'existence de tensions sur le marché du travail américain qui ont conduit les entreprises à chercher à se rendre plus attractives vis-à-vis des salariés en prenant en charge ces augmentations.

Les Américains ont aussi la possibilité de souscrire une assurance maladie privée à titre individuel. Dans ce cas, les primes d'assurance sont déterminées selon les caractéristiques individuelles des personnes (*Experience Rating*) et non de façon mutualisée au niveau d'un groupe (*Community Rating*). Dans ce contexte, les primes demandées aux personnes s'assurant individuellement et présentant des risques élevés s'avèrent le plus souvent rédhitoires, ce qui explique le faible recours à ce type d'assurance.

Le champ de l'assurance maladie privée est nécessairement limité car, comme le souligne Blanchet (1996)<sup>ii</sup>, ce type d'assurance, lorsqu'il repose sur des bases individuelles et facultatives, ne permet pas aux assureurs d'offrir une couverture pour les hauts risques, ce qui est particulièrement le cas des personnes âgées ou gravement handicapées, et des plus démunies. Cette limite a conduit à l'instauration de programmes publics d'aide médicale en 1965 : *Medicare* pour les personnes âgées et *Medicaid* pour les plus pauvres.

### ■ Les programmes publics.

La prise en charge publique de l'assurance maladie concerne essentiellement deux catégories de personnes : celles de plus de 65 ans qui sont couvertes par le programme *Medicare* et les familles pauvres éligibles à *Medicaid*.

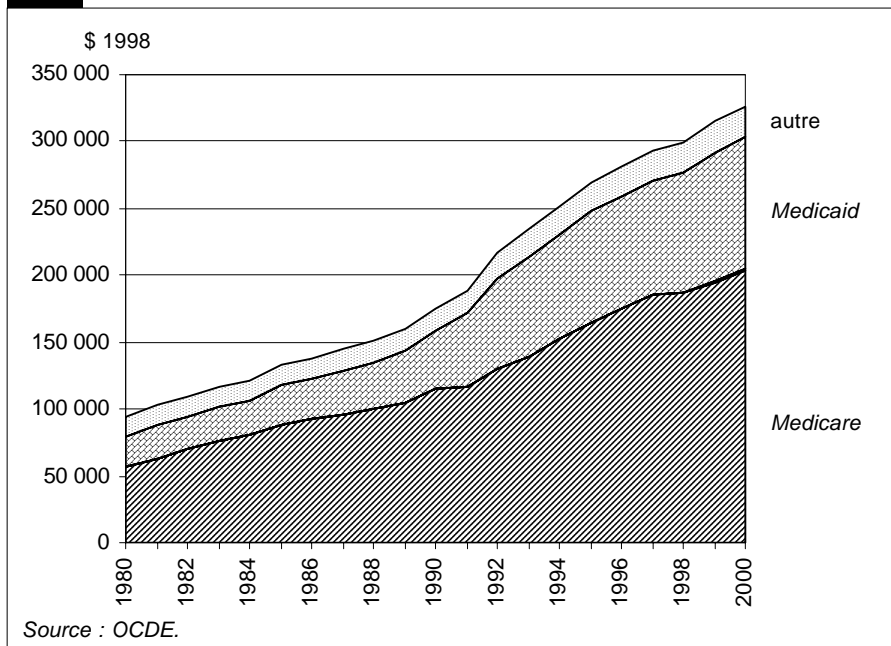
Les dépenses fédérales de santé comprennent donc l'ensemble des dépenses assurées par *Medicare*, une partie des dépenses liées à *Medicaid* (l'autre partie étant financée par les États), certains programmes spécifiques (anciens combattants, par exemple) et le programme d'assurance pour les enfants mis en place en 1997 afin d'améliorer leur couverture. Sur la période 1980-2000, le taux de croissance annuel moyen des dépenses fédérales de santé atteint 6,4 % alors que les dépenses liées à *Medicare* ont augmenté de 6,6 % et celle liées à *Medicaid* de 7,5 % (graphique 2). Entre 1990 et 2000, les dépenses fédérales liées au programme *Medicaid* ont ainsi été multipliées par 2,25 et celles liées à *Medicare* par 1,75.

### *Medicare*

*Medicare* est un programme fédéral d'assurance maladie essentiellement destiné aux personnes âgées. Il est financé par des cotisations sociales pour la partie destinée à l'hospitalisation, et par des ressources fiscales ainsi que des contributions

2. Sauf indications contraires, les chiffres cités dans ce paragraphe sont issus de : Kaiser/HRET, *Survey of Employer-Sponsored Health Benefits*, 1999.

**G.02** évolution des dépenses de santé  
sur la période 1980-2000



volontaires pour les soins médicaux ambulatoires. Son coût a atteint, en 1999, 220 milliards de dollars sur un total de 1 228,5 milliards pour l'ensemble des dépenses de santé. Au total, près de 40 millions d'Américains bénéficient de *Medicare*, soit environ 14 % de la population ; il s'agit de personnes de plus de 65 ans (34 millions), de personnes en incapacité permanente (5 millions) et de personnes souffrant d'insuffisance rénale dernier stade (284 000) [encadré 2].

*Medicare* est constitué de deux parties distinctes : une assurance hospitalisation obligatoire (*Hospital Insurance, HI*) et une assurance médicale supplémentaire, optionnelle et payante, qui couvre les soins ambulatoires, ou plus exactement les honoraires des professionnels de santé, (*Supplementary Medical Insurance, SMI*). L'assurance hospitalisation de *Medicare* ne couvre que les soins aigus : la prise en charge des personnes dépendantes relève d'autres mécanismes, à savoir, dans une faible mesure, des assurances privées et des ressources propres des individus et, de manière plus importante, et sous conditions de ressources, du programme *Medicaid*.

Concernant les soins ambulatoires, il faut savoir en outre que les dépenses pharmaceutiques extra-hospitalières ne sont pas prises en charge par le programme, ce qui a donné lieu à d'importantes critiques. Le remboursement des médicaments prescrits a fait l'objet de plusieurs dizaines de projets de loi, dont un projet d'origine républicaine et plusieurs propositions démocrates. L'industrie pharmaceutique est hostile à cette réforme car elle craint que l'État mette en place un contrôle du prix des médicaments afin de limiter la croissance des dépenses pharmaceutiques. 65 % des bénéficiaires de *Medicare* ont, par ailleurs, souscrit des polices d'assurance complémentaires pour couvrir plus ou moins partiellement leurs dépenses de médicaments.

En 1997, pour les producteurs de soins, des mécanismes de paiement incitatifs à une meilleure gestion ont été mis en place dans le cadre du programme *Medicare*, comme cela avait

**E.2**

La prise en charge des personnes handicapées

Les personnes reconnues handicapées (par une commission de Sécurité sociale) et dans l'incapacité de travailler peuvent adhérer au programme *Medicare* sans considération d'âge ou de revenu. *Medicare* est « l'assureur au premier dollar » pour les personnes handicapées dès lors qu'elles ne disposent pas d'une assurance privée liée à l'emploi (par le biais du conjoint le plus souvent). Plus de 12 % des bénéficiaires de *Medicare* sont ainsi des personnes handicapées.

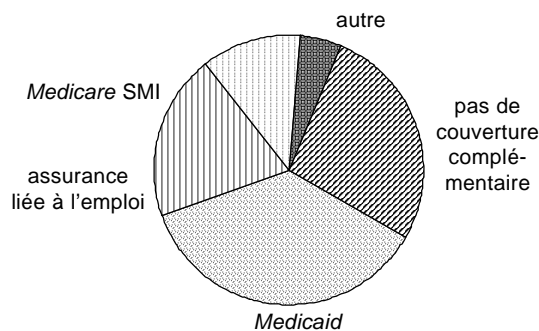
*Medicare* prend en charge les dépenses d'hospitalisation pour les soins de court et moyen séjour. En revanche, les dépenses de long séjour ainsi que de médecine ambulatoire restent à la charge des assurés. Une assurance optionnelle peut toutefois couvrir les honoraires des professionnels de santé consultés en ambulatoire.

Cette couverture partielle des soins pose des problèmes prégnants à une part importante des personnes handicapées car près d'un tiers d'entre elles disposent

de ressources inférieures au seuil de pauvreté, alors que ce n'est le cas que de 11 % des autres catégories de bénéficiaires de ce programme.

Les personnes handicapées ont donc accès, sous condition de ressources, à une couverture complémentaire via le programme *Medicaid*. Ce dernier complète les prestations offertes par *Medicare* et prend notamment en charge les soins de long séjour et l'ensemble des dépenses ambulatoires. Un tiers des personnes handicapées bénéficiant de *Medicare* sont ainsi également éligibles à *Medicaid* (graphique).

la couverture maladie complémentaire des personnes handicapées bénéficiant de *Medicare*



Note : *Medicare* SMI est une couverture optionnelle (et payante) proposée dans le cadre de *Medicare* et qui couvre les soins ambulatoires.

déjà été le cas pour la gestion des soins proposés par les assureurs privés. Traditionnellement, *Medicare* SMI prévoyait un remboursement des soins sur la base d'un paiement à l'acte, mécanisme souvent dénoncé comme inflationniste. La réforme permet d'autres types de prise en charge et de rémunération, forfaitaire ou sélective, et un recours éventuel à une gestion dans le cadre des *Health Maintenance Organizations* (HMO) ou des *Preferred Provider Organizations* (PPO) [cf. partie suivante]. L'application de cette réforme a soulevé certaines difficultés, les HMO se plaignant d'une insuffisance du financement pour les bénéficiaires de *Medicare*.

L'équilibre financier du programme *Medicare* apparaît à long terme fragilisé par les effets cumulés de l'accroissement des coûts des services de santé et du vieillissement de la population. Dans les dix prochaines années, le Conseil d'administration du programme prévoit que les dépenses devraient augmenter de 72 % pour la partie hôpital et de 97 % pour les autres dépenses médicales (tableau 1).

### Medicaid

En 1999, *Medicaid* couvrait 33 millions de personnes, soit 11 % de la population, pour un coût total de 190 milliards de dollars (environ 12 % du total des dépenses de santé). En moyenne, ce coût était pris en charge par l'État fédéral à hauteur de 56 %, le reste étant directement financé par les États.

La participation fédérale au programme *Medicaid* est variable selon les États : de 50 % pour New-York, le Nevada ou le Delaware à plus de 70 % pour l'Arkansas (73 %), le Mississippi (77 %) ou la Virginie (74 %). Cette participation est déterminée par un mécanisme de péréquation qui vise

à corriger en partie les inégalités de richesse entre États.

Bien que les enfants et les adultes à bas revenu représentent près de 70 % des bénéficiaires de *Medicaid*, ils ne consomment que 24 % des ressources affectées à ce programme. La plus grande partie des dépenses engagées est liée à la prise en charge des personnes âgées et des incapacités (graphique 3)<sup>3</sup>. En effet, le programme *Medicaid* prend en charge les frais de long séjour – qui ne sont pas couverts par *Medicare* – des personnes de plus de 65 ans et des person-

nes handicapées, dès lors que ces personnes ne peuvent en assurer le financement.

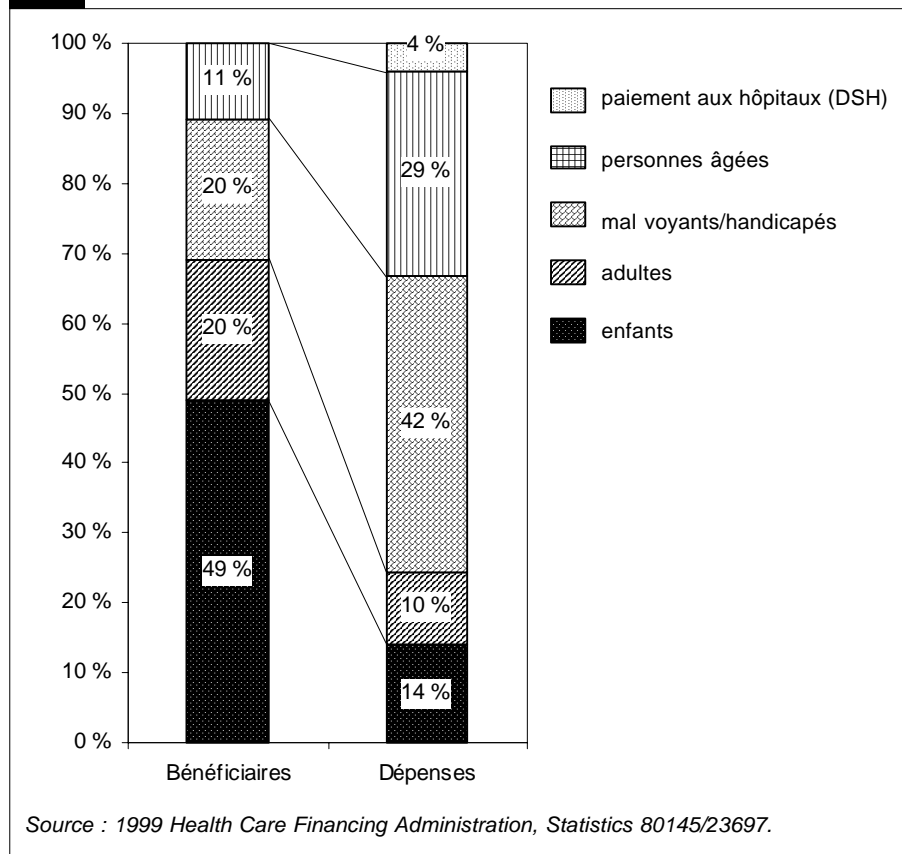
*Medicaid* couvre une gamme étendue de services médicaux. La loi fédérale impose ainsi une prise en charge de l'hospitalisation, des consultations médicales, des analyses de laboratoire et des examens de radiologie, des soins de long séjour et, pour les moins de 21 ans, les services de médecine préventive. La prise en charge des médicaments et des soins dentaires est laissée à l'appréciation des États.

**T.01** Medicare – projection de la part des dépenses d'hospitalisation (HI) et d'assurance maladie optionnelle (SMI), 2000-2075

en % par rapport au PIB					
Fonds	2000	2025	2050	2075	Croissance 2000-2075 (en %)
Hôpital	1,39	2,00	2,63	2,91	109
Assurance maladie supplémentaire	0,94	1,95	2,17	2,36	151

Source : rapport du conseil d'administration de Medicare, 2000.

**G.03** répartition comparée des bénéficiaires et des dépenses de Medicaid en 1998



3. En ce qui concerne les personnes âgées, *Medicaid* prend en charge les frais de séjour longue durée au sein des établissements médicalisés (*nursing home*), car ces soins ne sont pas couverts par *Medicare*.

Les critères d'éligibilité au programme *Medicaid* sont également déterminés pour partie par l'État fédéral. Sont ainsi obligatoirement pris en charge :

- les familles monoparentales éligibles au programme d'assistance temporaire pour les familles dans le besoin (*Temporary Assistance for Needy Families* ou TANF) ;

- les bénéficiaires du *Supplemental Security Income* (SSI), revenu minimum destiné aux personnes âgées de plus de 65 ans dans le besoin pour les prestations qui ne sont pas remboursées par *Medicare*, aux mal voyants et aux personnes dans l'incapacité de travailler ;

- les enfants de moins de six ans et les femmes enceintes dont le revenu familial est inférieur à 133 % du seuil de pauvreté ainsi que les enfants de moins de 16 ans vivant dans une famille dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté<sup>4</sup> ;

- les enfants de moins d'un an dont la mère était éligible à *Medicaid* lors de sa grossesse.

Au-delà de ces conditions limitatives, les États conservent une certaine liberté et peuvent étendre les critères d'éligibilité à leur programme *Medicaid* dans des limites par ailleurs définies par les autorités fédérales (graphique 4). Cette limite est justifiée par la participation fédérale au financement des programmes qui atteint au moins 50 %.

Par exemple, l'ensemble des programmes *Medicaid* doit prendre en charge les enfants de 6 à 15 ans vivant dans des familles dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté fédéral, mais les États ont la possibilité d'étendre cette couverture aux enfants de 6 à 15 ans vivant dans des familles dont le revenu est inférieur à 185 % du seuil de pauvreté fédéral.

Il est évident que les critères ainsi définis excluent une proportion importante de personnes pauvres : *Medicaid* ne prend en charge les dépenses de santé que pour les groupes cités ci-dessus, le niveau de revenu étant seulement l'un des éléments déterminant l'éligibilité au programme.

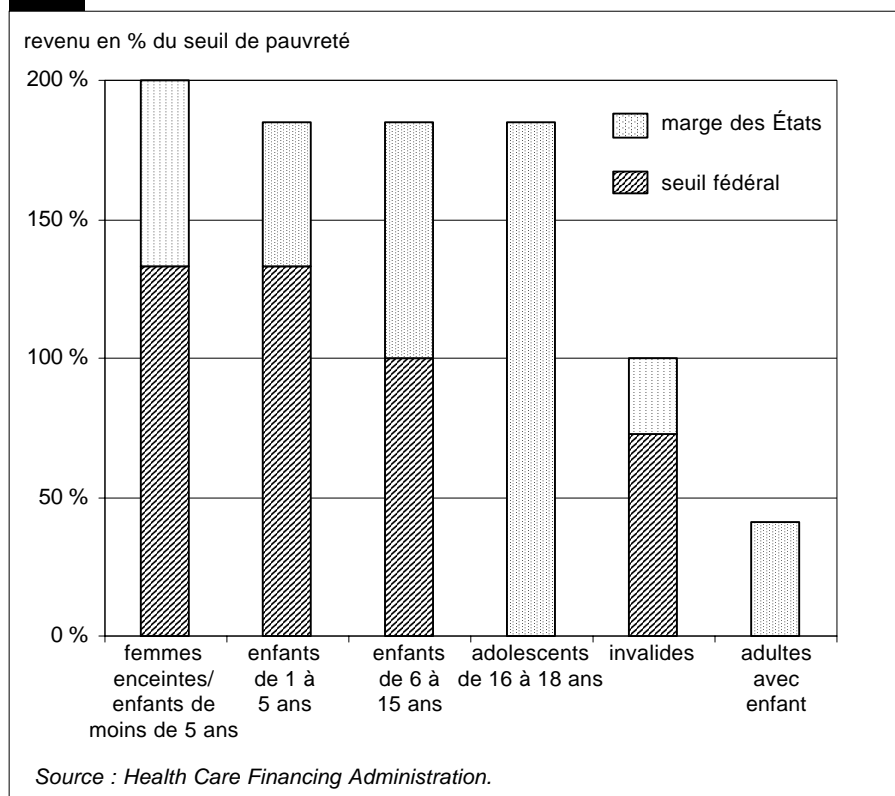
Une part importante de la population américaine à bas revenu n'a donc pas accès à une assurance maladie. Les familles sans enfant, les personnes seules, les jeunes de plus de 19 ans ne sont pas éligibles à *Medicaid*, quels que soient leurs revenus. Ainsi par exemple, dans le Colorado, moins de 40 % de la population des adultes de moins de 65 ans, dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté, bénéficie de *Medicaid*.

Afin de pallier ce manque, certains États ont mis en place d'autres programmes d'assurance maladie qui leur sont propres. C'est par exemple le cas de l'État de New York et de Washington qui ont instauré des programmes de prise en charge pour les personnes qui ne peuvent pas avoir accès à *Medicaid*, les personnes pauvres sans enfants en particulier.

#### ■ Plus de 42 millions d'Américains n'ont pas d'assurance maladie.

En 1999, 42,6 millions d'Américains, soit 17,5 % des personnes de moins de 65 ans, ne disposaient pas d'une assurance maladie. Entre 1987 et 1998, le nombre de personnes non assurées a augmenté de 32 à 44 millions. La réduction du nombre de personnes non assurées, observée en 1999, est principalement imputable à la croissance économique et à la baisse du taux de chômage, le nom-

G.04 éligibilité des personnes de moins de 65 ans à *Medicaid* selon le niveau de revenu



4. Le seuil de pauvreté, aux États Unis est un seuil absolu fondé sur un panier de biens alimentaires. Établi au début des années 60, il représentait alors environ trois fois le montant monétaire du panier de biens correspondant à l'*Economy Food Plan*, un programme alimentaire d'urgence développé par le ministère de l'Agriculture. Depuis 1969, il est indexé sur l'indice des prix à la consommation. Le seuil de pauvreté, qui varie selon la composition du ménage, est, en 1999, de 8 667 \$ par an pour une personne seule de moins de 65 ans et de 13 290 \$ pour un foyer comprenant trois personnes. 32,3 millions de personnes, soit 11,8 % de la population, ont des revenus inférieurs au seuil de pauvreté.

bre de personnes bénéficiant d'une assurance liée à l'emploi étant en forte hausse (P. Fronstin, oct. 2000<sup>iii</sup>). Le nombre d'enfants non assurés est passé en un an de 11,1 millions à 10 millions, notamment grâce au programme SCHIP (cf. infra).

L'absence de couverture maladie reste largement liée au niveau de revenu. Plus de 80 % de l'augmentation du nombre de non assurés entre 1993 et 1998 a touché les personnes dont le revenu est inférieur à 200 % du seuil de pauvreté. Les personnes qui renoncent à souscrire une assurance maladie sont en particulier des salariés des petites entreprises ou qui se situent en bas de l'échelle des salaires.

Un autre facteur important est la baisse du nombre de personnes bénéficiant des dispositifs d'aide sociale, notamment du TANF (allocation pour les parents isolés). Le succès relatif de la réforme de l'aide sociale a permis, en effet, à un certain nombre de personnes de franchir le seuil de pauvreté sans pour autant leur donner les moyens de financer une assurance maladie.

Parmi la population non assurée, un peu plus d'un quart (27 %) est en dessous du seuil de pauvreté, 29 % ont des revenus inférieurs à deux fois le seuil de pauvreté et un peu plus d'un quart a des revenus supérieurs à trois fois ce seuil (tableau 2).

Selon le rapport *Medicaid and the Uninsured* publié par la *Kaiser Commission*<sup>5</sup>, les groupes pour lesquels la

probabilité de ne pas avoir d'assurance maladie est la plus forte sont :

- les jeunes adultes, et surtout les hommes. Les hommes adultes représentent ainsi 38 % des non assurés et trois jeunes sur dix âgés de 18 à 24 ans ne disposent d'aucune assurance maladie.

- les personnes vivant dans des familles à faibles revenus (inférieurs à 200 % du seuil de pauvreté fédéral), qui représentent 56 % des non assurés ;

- les minorités raciales et ethniques, en particulier les Hispaniques. Le pourcentage de personnes non assurées parmi la population « blanche » est de 14,2 % mais atteint 21,2 % parmi les « noirs<sup>6</sup> ». Quant à la population d'origine hispanique, un tiers ne dispose pas d'assurance maladie.

- les personnes vivant dans des familles constituées de travailleurs à temps partiel ou de personnes sans emploi ;

- les travailleurs à faibles revenus employés dans des petites entreprises ;

- les enfants vivant dans des ménages multi-générationnels ou élevés par d'autres personnes que leurs parents.

Les différences sont, par ailleurs, très importantes entre États. Elles sont liées à deux phénomènes : d'une part, le niveau de richesse de l'État qui détermine très largement la part de la population couverte par les régimes d'assurance maladie privés et, d'autre part, les décisions politiques

de prise en charge publique (*Medicaid* et les programmes propres aux États). La prise en charge publique des adultes dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté et qui ne disposent d'aucune assurance maladie privée est ainsi très différente selon les États. Par exemple, au Texas, en Californie et à New York et alors même que la part de la population en dessous du seuil de pauvreté (de 14 % à 16 %) est comparable, les politiques de prise en charge présentent de fortes disparités : moins d'une personne sur cinq bénéficie d'une prise en charge publique au Texas alors que c'est le cas pour 35 % de celles vivant en Californie et pour plus de la moitié à New York<sup>iv</sup>.

L'absence de couverture maladie pose des problèmes particuliers en ce qui concerne les enfants. Plus d'un enfant sur neuf ne dispose pas d'une assurance maladie en 1999. Les deux tiers des enfants non assurés vivent dans des familles dont le revenu est inférieur à 200 % du seuil de pauvreté (graphique 5), y compris dans certains cas, alors même que le chef de famille travaille à temps complet<sup>v</sup>.

L'instauration du *State Children Health Insurance Program* (SCHIP) en 1997 a pour objectif d'inciter les États à utiliser leur faculté d'extension des critères d'éligibilité à *Medicaid*, notamment grâce à une allocation budgétaire fédérale qu'ils peuvent utiliser afin d'améliorer la couverture maladie des enfants. Il est

5. La *Kaiser Commission* est une fondation indépendante qui évalue et publie des rapports sur la politique de santé américaine et l'assurance maladie. Ces rapports constituent une base de travail pour l'administration.

6. Les enquêtes statistiques auprès de ménages contiennent un item concernant l'origine ethnique (« race »), les personnes interrogées devant se situer dans les catégories suivantes : « Blanc » (« blanc non hispanique », « blanc hispanique »), « Noir », « autres » (asiatique, indien...), « non indiqué ».

**T 02** les non assurés en fonction du seuil de pauvreté en 1998

en %		
En fraction du seuil de pauvreté	Distribution des non assurés en fonction du seuil de pauvreté	Part des non assurés en fonction du seuil de pauvreté
<100 %	27	36
100 - 199 %	29	31
200 - 299 %	17	19
300 % et plus	27	9

Lecture : 27 % des personnes qui n'ont pas d'assurance maladie ont un revenu inférieur à 100 % du seuil de pauvreté, 36 % des personnes dont le revenu est inférieur à 100 % du seuil de pauvreté n'ont pas d'assurance maladie.

Source : *The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, March 2000.*

à noter que les fonds ainsi proposés n'ont pas été utilisés dans l'ensemble des États, certains d'entre eux craignant que ce programme n'entraîne des dépenses supplémentaires sur le long terme, du fait de l'adhésion d'un plus grand nombre de personnes aux programmes publics d'assurance maladie, alors que la dotation fédérale n'est prévue que sur le court terme.

Par ailleurs, il semble qu'une partie des personnes éligibles à *Medicaid* n'ait pas fait les démarches nécessaires pour en bénéficier : selon le *Census Bureau*, ce serait le cas pour 22 % des enfants éligibles à *Medicaid*. Ce décalage entre la population éligible et les bénéficiaires effectifs a fait l'objet d'une étude récente du NBER<sup>vi</sup> qui souligne plusieurs éléments importants. D'une part, le manque d'informations pertinentes sur les règles d'attribution, la barrière linguistique pour les non-anglophones et des modalités complexes d'ouverture des droits sont des motifs fréquemment avancés par les personnes éligibles à *Medicaid* qui n'en bénéficient pas. D'autre part, les bénéfices attendus de ce programme étant directement liés à l'état de santé,

les personnes en bonne santé ne jugent pas toujours nécessaire de disposer d'une assurance maladie. Ce manque d'incitation à adhérer à *Medicaid* est renforcé par la rétroactivité des prestations : les dépenses engagées par une personne éligible mais non adhérente sont remboursées même lorsque l'adhésion est postérieure aux soins. Il faut sans doute ajouter à cela la forte stigmatisation qui s'attache au bénéfice de prestations sociales aux États-Unis.

Le rapport de la *Kaiser Commission* souligne que l'absence de couverture maladie a un impact non seulement sur l'accès aux soins mais aussi sur l'état de santé. Ainsi, un adulte non assuré sur cinq renoncerait à se faire soigner alors même qu'il pense présenter des symptômes sérieux. 30 % des adultes n'achèteraient pas les médicaments qui leur ont été prescrits ou n'effectueraient pas les examens nécessaires en raison de contraintes financières. Les personnes non assurées sont, en outre, 1,5 fois plus souvent hospitalisées que les autres pour des « motifs d'hospitalisation évitables » comme la pneumonie ou un diabète non contrôlé. De même, le taux de dépistage

des cancers à un stade avancé apparaît beaucoup plus fort chez les non assurés, notamment en ce qui concerne le cancer du sein. Cependant, il convient de souligner que les hôpitaux publics prennent obligatoirement en charge les personnes se présentant aux urgences, qu'elles soient assurées ou non.

### **L'organisation de l'offre de soins aux États-Unis : le Managed Care**

Malgré l'existence d'une couverture maladie publique pour certains groupes particuliers, le système de santé américain est géré principalement par des acteurs liés aux assurances privées tant au niveau de son financement que de sa gestion et de la fonction d'assurance.

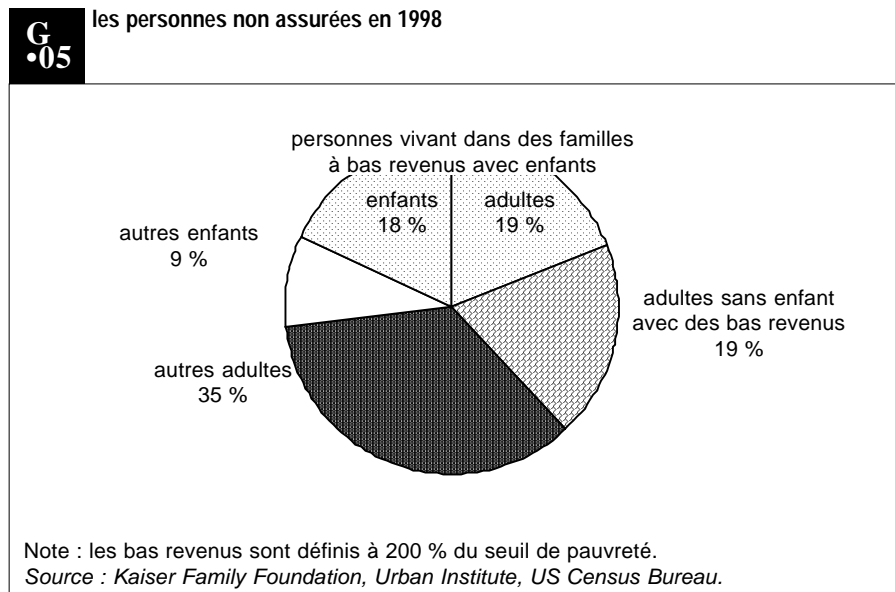
Dès le début des années 70, apparaissent les *Health Maintenance Organizations* (HMO), ou réseaux de soins coordonnés, dont l'un des objectifs est d'offrir une couverture maladie « plus rationnelle<sup>vii</sup> ». Les HMO, qui seront dans le courant des années 80 intégrés dans l'ensemble plus large des *Managed Care Organizations* (MCO), représentent un modèle concurrent à celui de l'assurance maladie traditionnelle (Indemnity Insurance) dont les contrats sont fondés sur un remboursement des coûts supportés par les patients sur la base d'un paiement à l'acte des prestataires de soins.

Actuellement, près de 70 % des Américains sont inscrits dans un plan de *Managed care*, soit par le biais de leur employeur, soit individuellement, soit dans le cadre des programmes *Medicare* et *Medicaid*.

### **■ L'architecture institutionnelle des Managed Care Organizations.**

Pour répondre aux préoccupations des employeurs concernant le coût de l'assurance maladie, les assureurs privés ont mis au point un système de gestion coordonnée de filières de services médicaux, le *Managed Care*,

les personnes non assurées en 1998





et abandonné le rôle passif de remboursement des actes qui était le leur auparavant. Le *Managed Care* peut ainsi se définir comme un mode spécifique de partenariat et de couplage entre financeurs (assureurs) et fournisseurs de soins, partenariat destiné en théorie à allouer les ressources de façon optimale entre les différents acteurs du système de santé.

Les *Managed Care Organizations* englobent une gamme de plusieurs « modèles » possibles concernant le rôle des assureurs dans la gestion des soins médicaux.

Les *Health Maintenance Organizations* peuvent être décrits comme un système intégré d'assurance maladie et de production de soins. Il s'agit de réseaux de soins coordonnés qui optimisent les services rendus à leurs bénéficiaires à l'intérieur d'un budget fixé *ex ante*. La participation financière des patients est très faible et même souvent nulle. En revanche, le patient s'engage à ne consulter que les praticiens qui font partie du HMO. Sauf cas d'urgence, si l'assuré consulte un médecin hors HMO, il est responsable de la totalité du paiement des soins. De plus, les patients sont obligés de s'inscrire auprès d'un médecin de premier recours (*Primary Care Physician*) et de le consulter préalablement avant d'accéder au spécialiste. Ce médecin de soins primaires, défini aux États-Unis par opposition aux médecins spécialistes, peut être un médecin généraliste, un praticien de médecine interne, un pédiatre, un gynécologue obstétricien ou un médecin gériatre.

On distingue généralement quatre grandes catégories de HMO, selon le statut des médecins qui y sont affiliés et l'organisation administrative adoptée pour la fourniture des soins :

- Dans le *Staff Model*, le HMO emploie directement ses médecins sur la base d'un salaire et possède des centres de soins ambulatoires et ses propres hôpitaux. Les médecins travaillent en équipe pluridisciplinaire.

- Dans le *group model*, le HMO passe des contrats avec des groupes de médecins qui s'organisent fréquemment en équipe pluridisciplinaire et qui perçoivent un forfait *per capita* en échange des soins prodigués.

- Dans le modèle de l'*Independent Practice Association (IPA)*, le HMO passe des contrats avec des groupes de médecins indépendants exerçant dans leur propre cabinet et rémunérés à l'acte. Ces médecins indépendants peuvent aussi s'organiser en groupe et négocier un forfait *per capita*.

- Au sein du *Network Model* enfin, l'assureur passe des contrats aussi bien avec des médecins organisés en cabinets de groupes qu'avec ceux regroupés en IPA.

Le *Preferred Provider Organization (PPO)* constitue un deuxième schéma possible. Il repose sur la mise en place d'une contractualisation sélective entre organismes assureurs et prestataires de soins. Les prestataires s'engagent à pratiquer des tarifs négociés pour les clients du PPO ; ils restent toutefois payés à l'acte. Les assurés, quant à eux, sont financièrement incités à consulter des médecins affiliés à ce réseau de soins : participation réduite au paiement des soins ou tiers payant, par exemple. Les contrats de type PPO offrent toutefois, à la différence des HMO, une liberté assez importante aux patients qui ne sont obligés ni de consulter uniquement des médecins agréés ni de recourir au préalable à un médecin de premiers recours. La rémunération des producteurs de soins y est souvent plus avantageuse que dans le cadre des HMO.

Le *Point of Service* constitue enfin un modèle à mi-chemin entre les HMO et le PPO. Schématiquement, il s'agit d'un HMO « ouvert », c'est-à-dire que les assurés peuvent choisir d'être soignés au sein du réseau géré par leur assurance ou, au contraire, de sortir de ce réseau tout en

conservant des droits à remboursement. Dans ce dernier cas, les assurés bénéficient d'une prise en charge partielle mais doivent acquitter un ticket modérateur élevé.

Les assureurs pratiquant le *Managed care* passent, par ailleurs, de plus en plus souvent des contrats avec des centrales d'achats pharmaceutiques pour gérer leurs factures de pharmacie. Celles-ci négocient avec les assureurs du *Managed care* aussi bien des contrats prix-volumes avec les laboratoires pharmaceutiques que des contrats prévoyant un forfait par personne protégée. Les centrales d'achats réalisent des économies en jouant sur quatre leviers : la vente par correspondance, les services administratifs, la substitution par les produits génériques ou par le produit le moins cher.

#### ■ Des incitations fortes pour les producteurs de soins.

Les *Managed Care Organizations (MCO)* sont fondées sur l'instauration de mécanismes incitatifs, qui visent aussi bien les patients incités à recourir à des producteurs de soins agréés, que les professionnels de santé via des modes de rémunération et des modes de contractualisation sélectifs.

Les médecins contrôlant, de par leurs choix thérapeutiques, une grande partie des dépenses de santé, les MCO ont porté une attention particulière à la rémunération des professionnels de santé. Ainsi, dans certaines MCO (les HMO de type *Staff Model* ou (*Group Model*), le médecin est le plus souvent rémunéré sur la base d'un salaire ou d'un paiement *per capita* calculé en fonction du nombre de patients qui s'inscrivent auprès d'eux, ajusté en fonction du sexe et de l'âge. Leur rémunération est donc indépendante du nombre d'actes effectivement réalisés. Dans les autres types de MCO, salariat et paiement à la capitation co-existent parfois avec une rémunération à l'acte. Divers mécanismes incitatifs

y sont cependant appliqués : retenues financières en cas de dépassement des objectifs fixés, majoration des rémunérations dans le cas inverse. Dans les MCO cotées en bourse, qui constituent environ 60 % du marché couvert par ces organismes, les médecins bénéficient, en outre, d'un système de stocks options.

À ces incitations financières, il convient d'ajouter leur possibilité de sélectionner les professionnels de santé avec lesquels ils passent un contrat. 92 % des salariés dont l'assurance maladie est liée à l'emploi étant partie prenante d'une telle organisation, cette situation offre aux MCO un pouvoir de négociation considérable face aux médecins qui craignent que la mise à l'écart de l'organisation ne leur occasionne une forte perte de clientèle. Plus de 90 % des médecins dits de premier recours sont ainsi sous contrat avec des organismes de *Managed Care*.

Trois grands principes sous-tendent, par ailleurs, la logique des plans de *Managed Care* :

- La prévention et l'éducation pour la santé en sont des éléments importants, considérés comme un investissement à plus long terme. Ainsi, la *disease management* s'intéresse à la population souffrant de pathologies coûteuses qui nécessitent des soins de spécialistes. Outre la coordination des services de santé, un des objectifs du *Disease Management* est de promouvoir le diagnostic précoce par le médecin et de poursuivre des politiques de dépistage et d'éducation auprès des personnes protégées à risque. Selon une étude empirique<sup>viii</sup> sur

les soins effectués pour certains cancers, les HMO seraient plus performantes en terme de dépistage mais moins généreuses pour la délivrance de traitements lourds que les autres organismes.

- En l'absence d'incitation à multiplier les actes, ce sont les soins dont le rapport coût/efficacité est reconnu comme favorable qui sont proposés prioritairement dans le cadre des MCO. Celles-ci développent des systèmes d'information pour évaluer l'efficacité des traitements.

- Les médecins qui participent à ces organisations sont très encadrés par le biais de la mise en place et de l'actualisation fréquente de normes de « bonne pratique ». Ces références médicales varient fréquemment selon les organisations.

#### ■ L'incidence des organismes de *Managed care* sur l'évolution du système de santé américain.

Avec la mise en place des MCO, le mode de gestion de l'assurance maladie liée à l'emploi a été profondément modifié durant les vingt dernières années. À la fin des années 70, 95 % des assurances privées liées à l'emploi étaient des assurances traditionnelles de type *Indemnity Insurance*. En 2000, ces assurances ne représentaient plus que 8 % du marché (tableau 3). Quant aux médecins, plus des deux tiers d'entre eux exercent désormais au sein de réseaux (90 % en ce qui concerne les médecins de premier recours).

Parallèlement au développement des réseaux de soins, d'autres évolutions ont été observées concernant

notamment le système hospitalier : réduction du nombre de lits et surtout du nombre d'actes chirurgicaux à l'hôpital, regroupement des structures. Alors qu'en 1980, 72 % des hôpitaux étaient indépendants, en 1997, plus de la moitié font partie de groupements hospitaliers. Le plus gros groupe hospitalier, le *Columbia/HCA* gérait alors 311 hôpitaux, soit la moitié des lits du secteur privé cotés en bourse. Toutefois, il semble que cette tendance à la concentration diminue légèrement sur la période récente. Le paiement des hôpitaux à la pathologie, fondé sur les groupes homogènes de diagnostics *Diagnosis Related Groups* (DRG) a également joué un rôle important dans l'évolution et la rationalisation du système hospitalier<sup>ix</sup>.

Le ralentissement des dépenses de santé durant les années 1993-1997 a été largement attribué au développement des réseaux de soins coordonnés. L'intégration plus ou moins forte des fonctions d'assurance et de fourniture de soins permet, en effet, de mieux contrôler les dépenses de santé et, ainsi, de les contenir. Les primes demandées par les organismes de *Managed care* peuvent être inférieures de 25 % à celles des assurances traditionnelles (tableau 3). Dans ce contexte fortement concurrentiel, les primes de toutes les polices d'assurance maladie, y compris celles des assurances traditionnelles, ont connu une croissance beaucoup moins rapide durant cette période. Depuis, les primes d'assurance ont toutefois eu tendance à repartir à la hausse (+7 % en moyenne en 1999, +10 % estimés en 2000 contre +3 % en 1998).

L'approche adoptée dans le cadre des *Managed Care* comporte toutefois des limites, voire des effets pervers qui ont souvent été mis en avant.

La principale difficulté, qui s'étend généralement à l'assurance maladie privée, est à cet égard la sélection des risques. Ainsi, en cas d'assurance prise à titre individuel, les

**T 03** répartition des salariés assurés via l'emploi selon le type d'assurance et prime mensuelle

pour une personne seule (2000)	1996	1998	1999	2000	Prime mensuelle
Indemnity insurance	27 %	14 %	9 %	8 %	238 \$
HMO	31 %	27 %	28 %	29 %	181 \$
PPO	28 %	35 %	38 %	41 %	210 \$
POS	14 %	24 %	25 %	22 %	202 \$

Source : Kaiser (1999-2000) et Census Bureau (1996-1998).

personnes à risques élevés peuvent être évincés du marché en raison du coût prohibitif des primes qui leur sont demandées. Des stratégies ont aussi pu être mises en place par les *Managed Care Organizations* afin d'attirer les individus en bonne santé et de décourager l'adhésion de personnes souffrant de problèmes de santé lourds. Kuttner (1998)<sup>x</sup> souligne que lorsque ces organismes ont investi le marché de *Medicare* (cf. supra) des stratégies de marketing visant à attirer les bons risques et à décourager les mauvais ont été utilisées. Par exemple, certains contrats comprenaient des séances de gymnastique dont l'objectif n'était pas forcément d'encourager l'exercice physique mais plutôt d'attirer des personnes en bonne santé. De même, selon une étude de Ware (1996)<sup>xi</sup>, les HMO décourageraient les « mauvais risques » en leur proposant une prise en charge de moindre qualité pour les soins les plus lourds.

Plus généralement, c'est l'ensemble de la qualité des soins fournis par les MCO qui fait l'objet d'un certain nombre de contestations. Par exemple, en 1996, une loi a été votée pour interdire les *Drive Through Deliveries* (renvoi d'une parturiente de l'hôpital le jour même de l'accouchement) qui étaient encouragés par certains assureurs privés. De même, des pressions ont été exercées par certaines MCO pour interdire aux médecins de critiquer leurs références médicales et de révéler les incitations financières touchant à leur rémunération. Ces problèmes d'image des MCO semblent confirmés par les résultats d'une enquête, conduite en avril 2000 par la *Kaiser Foundation*, qui montre que 39 % des personnes interrogées considèrent que les services fournis par les MCO (et 49 % pour les HMO) ne sont pas bons au regard des critères de qualité et de coût.

L'évolution du fonctionnement du système de soins a entraîné récem-

ment des réactions tant du corps médical que des consommateurs. C'est ainsi que se sont alliés dans le cadre de mouvements « anti *Managed Care* », des prestataires de soins, inquiets de leur mise à l'écart des MCO et de la limitation de leurs pouvoirs face aux financeurs, et des usagers, mécontents de perdre la liberté de choix de leurs médecins ainsi que des pénalités financières encourues en cas de recours à des professionnels de santé extérieurs à l'organisation. Dans certains États, des lois ont été votées pour limiter les possibilités des MCO d'exclure des prestataires de soins sans critères explicites (en particulier, dans le cas de praticiens traitant les populations les plus vulnérables) ou encore pour garantir, sous certaines conditions, la liberté de choix du patient. ●

### Pour en savoir plus

- i. RICE T., « *Can Markets Give us the Health System we Want ?* », *Journal of Health Care Politics*, 1997
- ii. BLANCHET D., « *La référence assurantienne en matière de protection sociale : apports et limites* », *Économie et Statistique*, n° 191-192, 1996.
- iii. FRONSTIN P., « *Testimony before the Health, Education, Labor & Pension Committee* », *United States Senate*, october 4, 2000.
- iv. SPILLMANN B., « *Public Health Coverage for Adults : How States Compare* », *Urban Institute, Assessing a New Federalism*, juillet 2000.
- v. FRONSTIN P., « *Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured : Analysis of the march 2000 Current Population Survey* ».
- vi. REMLER D, J. RACHLIN & S. GLIED, « *What Can the Take-up of other Programs Teach us about how to Improve the Take-up of Health Insurance Programs ?* », *NBER Working Paper 8185*, march 2001.
- vii. LAUNOIS R., MAJNONI d'INTIGNANO B., RODWIN V.G., STEPHAN P., « *Les réseaux de soins coordonnés : propositions pour une réforme profonde du système de santé* », *Revue française des affaires sociales*, 1985.
- viii. SEIDMAN J.J., BASS E.P., RUBIN H.R., « *Review of Studies that Compare the Quality of Cardiovascular Care in HMO Versus non HMO Settings* », *Medical Care*, 36, 1998
- ix. HARTMANN L., MOSCHETTI K., ROCHAIX-RANSON L., « *La tarification à la pathologie aux États-Unis* », *Solidarité Santé*, n° 1, 2001
- x. KUTTNER R., « *Must Good HMO Go Bad ? The Commercialization of Prepaid Group Health Care* », *The New England Journal of Medicine*, vol. 338 n.21, 1998.
- xi. WARE et alii., « *Differences in 4 Year Health Outcome for Elderly and Pooors, Chronically Ill Patients Treated in HMO and Fee-for Service Systems* », *JAMA*, 276, 1996.

Ministère de l'Emploi et de la solidarité  
11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon  
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

**Internet** : [www.sante.gouv.fr/htm/publication](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication)



un hebdomadaire :

### **Études et résultats**

consultable sur Internet

abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES

télécopies : 01 40 56 81 40

01 40 56 88 00

[www.sante.gouv.fr/htm/publication](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication)

trois revues trimestrielles :

### **Revue française des affaires sociales**

revue thématique

dernier numéro paru :

« L'urgence sociale : du Fonds d'urgence sociale aux Commissions de l'action sociale d'urgence »,  
n° 1, janvier-mars 2001

### **Dossiers solidarité et santé**

revue thématique

dernier numéro paru :

« La régulation des dépenses de santé : approches théoriques et empiriques », n° 1, janvier-mars 2001

### **Cahiers de recherche de la MiRe**

des ouvrages annuels :

### **Annuaire des statistiques sanitaires et sociales**

### **Données sur la situation sanitaire et sociale**

et aussi...

### **Chiffres et indicateurs départementaux, édition 1998**

**Indicateurs sociosanitaires  
comparaisons internationales - évolution 1980-1994**  
(Allemagne, Canada, États-Unis, France, Québec, Royaume-Uni)

### **Chiffres repères sur la protection sociale dans les pays de l'Union européenne**

### **STATISS, les régions françaises**

Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS

consultable sur Internet :

[www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm](http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm)



Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française

29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07

tél. : 01 40 15 70 00

**Internet** : [www.ladocfrancaise.gouv.fr](http://www.ladocfrancaise.gouv.fr)