



Erétudes et Résultats

N° 600 • septembre 2007

Le système d'assurance santé aux États-Unis Un système fragmenté et concurrentiel

La majorité des Américains (60 %) sont couverts par une assurance privée de santé, le plus souvent proposée par les employeurs. Les assurances publiques concernent respectivement les personnes âgées de plus de 65 ans ou les personnes handicapées dans l'incapacité de travailler (*Medicare*) et certaines familles pauvres, ainsi que des enfants, au travers des programmes *Medicaid* et *SCHIP*. 15,9 % de la population ne dispose en revanche d'aucune couverture maladie.

Le système de santé des États-Unis se distingue par son coût très élevé et la hausse des primes d'assurance a récemment conduit à un certain désengagement de la part des employeurs.

Medicare, seul programme à vocation universel pour les plus de 65 ans, a été réformé en 2003, en offrant une extension de la couverture maladie aux dépenses de médicaments et en ouvrant la possibilité d'une délégation de la gestion à des opérateurs privés.

Les réseaux de soins proposés par les compagnies privées, les *Managed Care Organisation*, sont devenus le modèle dominant par rapport à l'assurance maladie traditionnelle et réunissent les fonctions d'assurance et de production des soins. Plus de 70 % des Américains ont souscrit, sous diverses formes, un plan de *Managed Care* dans le cadre de l'entreprise ou à titre individuel.

Une généralisation de l'assurance maladie à l'ensemble de la population a été mise en œuvre au Massachusetts et plusieurs États sont tentés par une expérience similaire. Le système de santé sera au cœur des prochains débats aux États-Unis.

Sylvie COHU et Diane LEQUET-SLAMA

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité
Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Fonction publique

LE SYSTÈME DE SANTÉ des États-Unis se caractérise par une multiplicité d'organismes et l'importance du secteur privé tant dans la couverture assurantielle que dans les structures de soins. Il ne repose ni sur une couverture généralisée de la population ni sur un financement public généralisé. Ce système se distingue aussi par son coût extrêmement élevé : en 2004, 15,3 % du PIB, pour des résultats sanitaires moyens (encadré 1). Contrairement à une opinion très répandue, le financement par l'assurance privée n'est pas majoritaire puisqu'il couvre 37 % de l'ensemble de la dépense de santé en 2004, alors que la part de financement public est de 45 %. Ce pourcentage de dépenses supporté par le secteur public est toutefois très inférieur à la moyenne observée pour les pays de l'OCDE (72 %). Cependant, alors que dans la plupart des pays de l'OCDE, le financement public a légèrement diminué entre 1990 et 2003, aux États-Unis, celui-ci s'est accru durant la même période (+4,8 %).

En revanche, l'assurance privée est majoritaire en ce qui concerne le nombre de personnes couvertes par une assurance maladie : six personnes sur 10 ont une assurance privée liée à leur emploi. Les assurances publiques, *Medicare* et *Medicaid*, ne concernent que les personnes âgées, les personnes handicapées et cer-

taines familles pauvres. Une part importante de la population (15,9 %) ne bénéficie, quant à elle, d'aucune couverture maladie (tableau 1).

Une couverture santé à dominante privée marquée par une tendance récente au désengagement des employeurs

Plus de 59 % des Américains sont couverts par une assurance privée de santé liée à l'emploi en 2005, contre près de 64 % en 2000. Pour les travailleurs en activité, un peu moins de la moitié (49 %) des petites entreprises de moins de 9 salariés leur proposent une couverture santé, contre 87 % des entreprises de 25 à 50 salariés et 92 % de celles de 50 à moins de 200 salariés. La quasi-totalité (98 %) des grandes entreprises de 200 salariés ou plus finance une assurance santé à leurs employés¹.

Les salariés sont libres d'adhérer ou non à la couverture proposée par leur employeur. La hausse du coût de la santé a conduit à un désengagement des entreprises, en particulier des petites entreprises, dans le financement de l'assurance santé de leurs salariés. Ce désengagement s'est souvent opéré par le biais de modifications dans les critères d'éligibilité fixés par les entreprises et par une baisse spectaculaire de la couverture de leurs retraités. Alors qu'en 1998, deux tiers des entreprises de plus de

200 salariés offraient une couverture santé à leurs retraités, ce n'est plus le cas en 2006 que d'environ une entreprise sur trois.

La hausse du coût de la santé, pèse lourdement sur le budget des entreprises et sur les ménages car elle conduit à augmenter les primes d'assurance. Entre 2000 et 2006, les primes se sont accrues à un rythme nettement supérieur à l'inflation, de 10 % environ par an durant les cinq premières années et de 7,7 % en 2006. Le montant moyen des primes pour une famille de trois personnes, qui atteint environ 11 500 dollars par an aujourd'hui, est désormais supérieur au salaire minimum fédéral². Pour une personne seule, la prime s'élevait en moyenne à un peu plus de 4 200 dollars en 2006³.

Parmi les salariés disposant d'une assurance santé fournie par l'employeur, les personnes célibataires financent, en moyenne, 16 % du montant des primes de leur assurance santé et les familles, environ 27 %, le solde étant pris en charge par l'employeur. Les petites entreprises participent davantage au coût de la couverture santé de leurs salariés que les plus grandes, sans doute dans l'objectif d'attirer de la main-d'œuvre. Ainsi, 43 % des personnes seules qui travaillent dans des entreprises de moins de 200 salariés se voient financer l'intégralité de leur prime par

1. Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, « Employer Health Benefits, 2006 ».
2. En 2006, le salaire minimum fédéral horaire est de 5,15 dollars.
3. Employer Health Benefits, 2006, Annual Survey, Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust.

ENCADRÉ 1

Des résultats sanitaires médiocres et des inégalités importantes

Avec une espérance de vie à la naissance de 74,5 ans pour les hommes et de 79,9 ans pour les femmes (2003), ainsi qu'un taux de mortalité infantile particulièrement élevé, de 6,4 pour 1 000 en 2006 ce qui place le pays en 27^e position mondiale, les États-Unis ont de résultats médiocres en matière d'état de santé.

Les inégalités de santé sont particulièrement fortes entre les catégories socio-ethniques. Le taux de mortalité infantile, qui est de 5,4 pour 1 000 pour la « population blanche », atteint 14,4 pour 1 000 pour la « population noire ». L'obésité a doublé en 30 ans. Là encore les inégalités sont importantes puisque la prévalence de l'obésité chez l'adulte est de 28 % pour la « population blanche » et de 49 % pour la « population noire », celle du diabète respectivement de 4,8 % et 11,7 %. L'augmentation de la fréquence de l'obésité et du diabète aurait conduit à un excès de 28 000 décès en 2000 par rapport à 1980, selon une analyse épidémiologique réalisée par le *Center for Disease Control and Prevention (CDC)*. De même, le taux de survie à 5 ans des patientes, atteintes de cancer du sein varie de 88 % dans la « population blanche » à 73 % dans la « population noire »¹.

1. *Info Santé USA N° 1*, Service des Affaires Sociales/Santé, Ambassade de France à Washington.

TABLEAU 1

La couverture maladie en 2005 aux États-Unis

en % du total de la population

	Total	Assurances privées	Assurances publiques
Assurés	84,1	67,7*	27,3*
		dont 59,5 liées à l'emploi 9,1 assurance directe	dont 13,0 Medicaid/SCHIP 13,7 Medicare
Non-assurés	15,9		

* Les adhérents à *Medicare* peuvent avoir gardé une assurance privée liée à leur emploi précédent ou être aussi affiliés à *Medicaid* en cas de très faibles revenus (*Dual Eligibles*), ce qui explique que le pourcentage de personnes assurées est inférieur au total assurés privés et assurés publics. Les anciens combattants (*Veterans*) bénéficient d'une assurance publique spécifique.

Sources • Census Bureau, Health Insurance Coverage in the US, 2005.

l'employeur, contre 13 % dans les grandes entreprises. En revanche, quelle que soit la taille de l'entreprise, les employeurs sont moins enclins à financer les primes d'assurance de leurs salariés chargés de famille en raison de leur coût élevé : seuls 17 % des salariés travaillant dans les petites entreprises se voient financer la totalité de leur prime d'assurance santé par l'employeur et seulement 5 % dans les grandes entreprises⁴.

Les comptes épargne santé (*Health Savings Accounts*) créés en 2003, par l'administration Bush, visent à inciter les personnes à économiser pour financer elles-mêmes leurs dépenses de santé supplémentaires. Les personnes qui adhèrent à des Plans santé à franchise élevée (*High-Deductible Health Plans*) et qui ouvrent, en supplément, un compte épargne santé bénéficient d'exonérations fiscales. En janvier 2006, environ 3,2 millions de personnes disposaient d'un compte d'épargne santé et d'un Plan santé à franchise élevée⁵.

La prise en charge publique de la couverture santé est réalisée à travers deux programmes : le programme fédéral *Medicare* pour les personnes âgées de plus de 65 ans et les personnes handicapées dans l'incapacité de travailler et le programme *Medicaid-SCHIP* mis en œuvre par les différents États et financé conjointement par l'État fédéral, pour les enfants et certaines familles pauvres. Plus du quart de la population (27,3 %) est couvert par un de ces deux programmes.

Medicaid, une assurance pour certaines familles pauvres gérée par les différents États

Medicaid et *SCHIP* sont des programmes d'assurance financés en grande partie par le niveau fédéral mais mis en œuvre par les différents États qui en financent aussi une part.

Medicaid ne couvre que certaines populations pauvres : les parents et leurs enfants, les femmes enceintes et les personnes handicapées bénéficiaires du *SSI* (*Supplemental Security Income*, revenu minimum de subsistance). Les couples sans enfant et les personnes seules à partir de 19 ans ne sont pas, en principe, éli-

gibles au programme *Medicaid* même si leurs revenus sont en dessous du seuil de pauvreté fédéral. Pour pouvoir bénéficier de *Medicaid*, les catégories éligibles doivent, en effet, disposer de revenus inférieurs au seuil de pauvreté fédéral⁶ ou d'un niveau maximum de 133 % du seuil pour les femmes enceintes et les enfants. La loi fédérale sur *Medicaid* permet aux États de prendre en charge certaines catégories de population supplémentaires. L'État de l'Arizona a ainsi institué une couverture médicale minimum pour toutes les personnes disposant de revenus inférieurs au seuil de pauvreté, même si elles n'ont pas d'enfant.

Les dépenses de *Medicaid* sont prises en charge de façon variable par l'État fédéral : de 50 % (New York, Californie) à 77 % (Mississippi). Cette participation fédérale est déterminée par un mécanisme de péréquation (*Federal Medical Assistance Percentage, FMAP*) qui vise à corriger partiellement les inégalités de richesse entre États.

SCHIP, un programme d'assurance pour les enfants

Le programme d'État *SCHIP* (*State Children's Health Insurance Program*), créé en 1997, complète *Medicaid* pour fournir une assurance aux enfants vivant dans des ménages ne relevant pas de *Medicaid* et disposant de revenus inférieurs à 200 % du seuil de pauvreté fédéral, soit pour une famille de trois personnes, en 2006, 33 200 dollars par an. Lors de la création du programme *SCHIP*, les États ont eu le choix, soit de créer un programme *SCHIP* séparé de *Medicaid*, soit d'étendre le programme *Medicaid*, soit encore d'adopter une approche combinée. Dix-huit États seulement ont choisi de gérer séparément le programme d'assurance publique pour les enfants. Quinze États ont élargi ce programme pour couvrir également les enfants vivant dans des familles dépassant ce seuil de 200 %.

Cinq États ont demandé à utiliser les fonds de *SCHIP* pour couvrir les adultes sans enfant. Le *Deficit Reduction Act* de 2005, s'il a interdit cette possibilité pour les nouveaux

programmes *SCHIP*, n'empêche pas, en revanche, les États d'étendre la couverture aux parents dont les enfants bénéficient d'un programme public, ni d'élargir les conditions d'admission pour les enfants vivant dans des familles à revenus dépassant 200 % du niveau de pauvreté.

Le Congrès américain examine actuellement les modalités de reconduction du programme *SCHIP* dont le financement est assuré pour 70 % par le gouvernement fédéral et pour 30 % par les États. Selon le *Congressional Budget Office (CBO)*, *Medicaid* et *SCHIP* ont permis de réduire de façon importante le pourcentage d'enfants non assurés, de 23 % en 1992 à 14 % en 2006.

La pérennité de *SCHIP* est aujourd'hui conditionnée par la reconduction de son financement par le Congrès pour les cinq prochaines années. Trois projets différents sont en discussion. Le projet du président Bush propose une augmentation du financement fédéral de 5 milliards de dollars pour cinq ans. Le projet soutenu par le Sénat porterait cette augmentation à 35 milliards financés par un accroissement de la taxe sur les cigarettes et enfin celui de la Chambre des représentants cible une augmentation de 50 milliards de dollars financés en plus par une réduction des subventions au programme *Medicare*. Selon le *CBO*, les propositions du Sénat permettraient d'accroître de 3 millions le nombre d'enfants assurés, celle de la Chambre de 5 millions, alors que la proposition présidentielle risquerait de réduire le nombre d'enfants couverts. Le débat actuel sur l'avenir de *SCHIP* met en lumière les oppositions entre les tenants d'une intervention plus large du secteur public dans l'assurance santé et les partisans d'une privatisation accrue⁷.

Medicaid comme *SCHIP* ouvrent droit à un panier de soins et de biens médicaux. Ce panier est souvent plus étendu dans les programmes *Medicaid* que dans *SCHIP*. Les États qui ont élargi les critères d'admission à *SCHIP* ont souvent prévu des participations financières pour les patients, en fonction de leurs reve-

4. Idem.

5. America's Health Insurance Plans (AHIP), enquête de janvier 2006, Centre for Policy and Research, Washington DC.

6. Le seuil de pauvreté fixé au niveau fédéral était en 2006 de 9 800 dollars pour une personne seule, de 13 200 pour deux personnes, de 16 600 dollars pour trois personnes et augmenté ensuite de 3 400 dollars par personne supplémentaire. 12,7 % de la population, soit environ 37 millions de personnes, vivent en dessous du seuil de pauvreté. Calculé par le *Census Bureau*, le seuil de pauvreté est un seuil absolu, défini selon la configuration du foyer et calculé à partir d'un panier de biens dont le montant est multiplié par trois (coefficient égal à la part de l'alimentation dans le budget moyen des ménages selon une enquête de consommation de 1955). Depuis 1969, les seuils de pauvreté sont revalorisés annuellement à partir de l'indice des prix à la consommation.

7. Drucker Jacques, *Info Santé USA*, service des Affaires sociales/Santé, Ambassade de France, Washington, 30 août 2007.

Medicare, un programme d'assurance maladie universel pour les plus de 65 ans

Medicare est le seul programme fédéral d'assurance maladie réellement universel. Il est destiné aux personnes âgées de plus de 65 ans et aux personnes handicapées dans l'incapacité de travailler. Il est financé par des cotisations sociales des actifs, pour la partie destinée à l'hospitalisation et par des ressources fiscales et assurances volontaires pour les soins médicaux. 13,7 % de la population bénéficiaient de *Medicare* en 2005⁸.

Les personnes handicapées, 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 handicapés.

Avant la réforme de 2003, le programme *Medicare* était constitué de deux volets distincts : une assurance hospitalisation obligatoire qui couvre les dépenses hospitalières et les séjours en maison de repos (partie A) et une assurance médicale supplémentaire optionnelle payante pour les soins ambulatoires, ou plus exactement les honoraires des professionnels de santé (partie B). 93 % des personnes éligibles à *Medicare* adhèrent à cette assurance volontaire. Les dépenses pharmaceutiques faites dans le cadre de soins ambulatoires n'étaient pas prises en charge par le programme, d'où les importantes critiques adressées au dispositif depuis sa création. Tous les projets de loi qui proposaient une extension de la couverture aux médicaments s'étaient heurtés à l'hostilité de l'industrie pharmaceutique qui craignait que l'État ne mette en place, à cette occasion, un contrôle des prix afin de limiter la croissance des dépenses largement due aux prix très élevés des médicaments aux USA. Les deux tiers des bénéficiaires de *Medicare* avaient toutefois souscrit des assurances privées pour couvrir au moins

partiellement leurs dépenses de médicaments, souvent par le biais de Plans santé offerts par les entreprises à leurs employés retraités.

La réforme de 2003 de Medicare étend les prestations...

La loi adoptée par le Congrès, *The Medicare Prescription Drug Improvement and Modernization Act of 2003 (MMA)*, apparaît comme un compromis entre les deux chambres qui au départ avaient débattu et adopté en parallèle deux projets différents. Elle étend les prestations offertes par *Medicare* au remboursement des médicaments à partir de 2006. Elle vise à une privatisation progressive de l'assurance publique pour les personnes âgées à compter de 2010, à la suite d'expérimentations menées sur plusieurs sites durant six ans.

Medicare se décompose désormais en quatre parties. Outre les parties A et B, la partie C appelée « *Medicare Advantage* » permet aux bénéficiaires de s'affilier à des Plans santé proposés par des compagnies d'assurance privées. La partie D est une assurance qui couvre les médicaments.

En effet, depuis 2006, les personnes âgées peuvent bénéficier, si elles le souhaitent, d'une prise en charge des médicaments prescrits en médecine de ville, moyennant une cotisation mensuelle. Les assurés ont le choix entre deux options :

- soit demeurer dans le cadre de *Medicare* traditionnel et choisir de rejoindre un Plan de prise en charge des médicaments (*PDP, Prescription Drug Plan*)

- soit bénéficier d'un Plan intégré privé couvrant à la fois les soins et les médicaments (*MA, Medicare Advantage Plan*), qui peut être offert par n'importe quel assureur.

Les dépenses pharmaceutiques sont prises en charge sur la base de 75 % des dépenses jusqu'à un plafond de 2 400 dollars, avec une franchise de 265 dollars, en 2007. Au-delà de 2 400 dollars et jusqu'à 5 451 dollars, les dépenses de médicaments ne sont plus couvertes (*donough hole*). Ce « trou » dans la

couverture ne correspond qu'à une logique comptable pour éviter l'accroissement des coûts pesant sur *Medicare*. À partir de 5 451 dollars, les dépenses de médicaments sont de nouveau prises en charge à un taux de 95 % (*benefit's catastrophic coverage*) car les assurés sont considérés comme atteints de maladies graves ou chroniques. Certaines assurances privées peuvent couvrir les dépenses en médicaments non prises en charge par *Medicare* (*donough hole*), mais elles se font de plus en plus rares.

Pour les personnes disposant de revenus inférieurs à 12 000 dollars par an, les achats de médicaments sont pris en charge à hauteur de 95 % et en totalité dès lors que la dépense à la charge réelle de l'assuré dépasse 3 850 dollars par an.

Des mesures spécifiques sont prévues pour les personnes à bas revenus qui bénéficiaient auparavant d'une assurance complémentaire à *Medicare* par le biais de *Medicaid* (*Dual eligibles*) pour leurs dépenses de médicaments. Ces dernières ne sont plus, en principe, prises en charge par *Medicaid*. La loi prévoit, par ailleurs, des mesures visant à accélérer la mise sur le marché des médicaments génériques. En revanche, l'interdiction actuelle d'importation de médicaments sur prescription est maintenue et surtout, le gouvernement n'est pas autorisé, selon la loi de réforme de *Medicare*, à négocier avec l'industrie pharmaceutique le prix des médicaments distribués dans le cadre de *Medicare*, à la différence des assurances privées.

À compter du début de l'année 2007, la prise en charge de la partie B sur les soins ambulatoires devient, sur une durée de cinq ans, progressivement proportionnelle au revenu de la personne âgée en fonction d'une grille dégressive. Seules les personnes disposant de revenus inférieurs à 80 000 dollars par an bénéficient du maintien du taux de couverture à 75 %. Au-delà de 200 000 dollars de revenu annuels, les dépenses des assurés âgés ne seront couvertes qu'à hauteur de 20 %. Entre ces deux seuils, trois autres tranches de revenus ont été définies.

8. Census Bureau, Health Insurance Coverage in the US, 2005.

... et ouvre le marché à des opérateurs privés

La réforme prévoit une ouverture à la concurrence, à partir de 2010, dans un but explicite de réduire les dépenses de santé supportées par le programme *Medicare*. 12 milliards de dollars de subventions sont prévus pour inciter les assureurs privés à offrir des couvertures médicales aux personnes affiliées à l'assurance fédérale. Un programme expérimental est conduit dans six grandes agglomérations durant six ans. Les bénéficiaires de *Medicare* pourront adhérer à des plans privés subventionnés. Si l'évaluation de ces expérimentations se révèle positive, *Medicare* pourra déléguer l'ensemble du dispositif à des assureurs privés moyennant une contrepartie financière par assuré.

Le coût croissant de *Medicare* est un problème important pour les pouvoirs publics. Le *Congress Budget Office* a réalisé des projections à long terme. La nouvelle partie de *Medicare* relative au remboursement de médicaments (partie D) représenterait à elle seule un surcoût de 30 % à l'horizon 2015. Le *donough hole*

serait compris, en 2013, entre 4 000 et 9 066 dollars.

Plus de 46 millions de personnes ne disposent d'aucune assurance maladie

15,9 % de personnes en 2005⁹ ne disposent d'aucune couverture maladie aux États-Unis. Le nombre de personnes non assurées a continué de croître au cours de ces dernières années, atteignant, fin 2005, 46,6 millions de personnes contre 42 millions en 2002. Fait surprenant, un quart de la population non assurée aurait droit à une assurance santé par l'un des deux programmes publics pour les personnes pauvres (*Medicaid*) ou pour les enfants (*SCHIP*). Ces personnes ignorent-elles leurs droits ou hésitent-elles à les faire valoir en raison notamment de la stigmatisation qui s'attache à l'aide sociale et des complications administratives ? Plus de la moitié des non-assurés (56 %) ne sont, quant à eux, pas éligibles aux programmes publics mais auraient besoin d'une aide pour financer une assurance santé. Enfin un peu moins d'une personne sur cinq sans assu-

rance (19 %) dispose de revenus supérieurs à trois fois le seuil de pauvreté.

La part des adultes non assurés de moins de 65 ans (graphique 1) est en outre très variable selon les États, allant de 10,4 % dans l'Iowa à 24 % en Floride et 27 % au Texas.

Sur les 9 millions d'enfants non assurés, les trois quarts sont en fait éligibles à *SCHIP* ou à *Medicaid*. La majorité des enfants non assurés résident dans le Sud et dans l'Ouest des États-Unis et 46 % d'entre eux sont d'origine hispanique. Le pourcentage d'enfants non assurés varie aussi sensiblement selon les États ; il est élevé au Texas (20,4 % des enfants non couverts par une assurance santé en 2006) et beaucoup plus faible au Massachusetts (5,6 %), reflétant la politique sociale menée par chaque État.

Les immigrés et leurs enfants entrés aux États-Unis depuis moins de cinq ans, ainsi que les immigrés « illégaux », n'étant pas éligibles aux programmes *Medicaid-SCHIP*, ne bénéficient d'aucune assurance santé mais, comme l'ensemble de la population non assurée, ils ont la possibilité de se faire soigner en urgence dans les hôpitaux publics. Beaucoup de villes disposent également de dispensaires publics de santé où les personnes non assurées peuvent recevoir gratuitement des soins.

Une organisation des soins en réseaux, les *Managed Care Organisation*

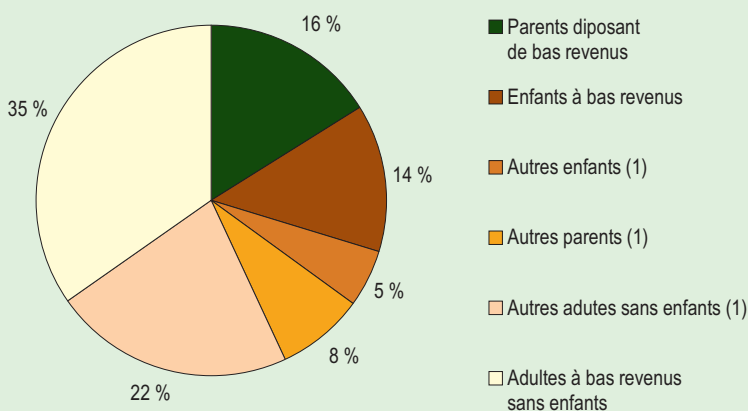
Aux États-Unis, l'assurance santé est organisée de façon décentralisée et concurrentielle. Elle offre toute une gamme de produits proposés par des compagnies privées allant des réseaux de soins très intégrés à des organismes plus proches de l'assurance traditionnelle.

Le *Managed Care* y est devenu le mode d'organisation des soins dominant. Modèle concurrent à celui de l'assurance maladie traditionnelle dont les contrats sont fondés sur un remboursement des coûts supportés par les patients, le *Managed Care* réunit les fonctions d'assurance et de

9. Census Bureau, Health Insurance Coverage in the US, 2005.

GRAPHIQUE 1

Les non-assurés âgés de moins de 65 ans



Note • les bas revenus concernent les personnes qui disposent de revenus inférieurs à 200 % du seuil de pauvreté fédéral.

(1) Ménages disposant de revenus supérieurs à 200 % du seuil de pauvreté fédéral.

Sources • KCMU, Urban Institute, enquête en population de mars 2006.

production des soins au sein d'un même organisme.

Le *Managed Care* n'est pas un concept nouveau puisque les premières *HMO* (*Health Maintenance Organizations*) ou réseaux de soins datent des années 1930. Malgré la forte opposition des associations de médecins à ce type d'organismes, les *HMO* apparaissent dans quelques États, au début des années soixante-dix dans le cadre du programme *Medicaid*. Ce n'est qu'à partir des années 1980 que les *Managed Care Organizations* prennent véritablement leur essor, répondant aux préoccupations des employeurs concernant le coût de l'assurance maladie. Les assureurs privés mettent alors au point un système de gestion coordonné de filières de services médicaux, et abandonnent le rôle de financeur strictement passif (simple remboursement des actes) qui était leur auparavant.

Plus de 70 % des Américains sont inscrits dans un plan de *Managed Care*, soit par l'intermédiaire de leur employeur, soit individuellement, ou encore dans le cadre des programmes publics *Medicare* et *Medicaid*. Près de 9 entreprises sur 10 n'offrent qu'un seul type de plan à leurs salariés.

Malgré leur grande diversité, les *Managed Care Organizations* (*MCO*) présentent souvent des caractéristiques communes : choix limité des praticiens, filière d'accès aux soins secondaires, conventionnement sélectif des médecins, incitations financières pour les praticiens, gestion de la qualité des soins et de l'utilisation des services.

Des réseaux de soins diversifiés

Plusieurs modèles coexistent en fonction de la liberté laissée aux patients dans le choix du médecin et des types de contrats passés avec les praticiens, des *Health Maintenance Organizations* (*HMO*) aux *Preferred Provider Organization* (*PPO*), sans oublier les *Point of Service* (*POS*) qui allient certaines caractéristiques des deux modèles précédents.

Les *HMO* offrent à leurs adhérents l'accès à un réseau de praticiens et d'hôpitaux moyennant un budget fixé préalablement, indépendant du

recours effectif aux services. Sauf cas d'urgence, l'assuré ne peut en principe s'adresser qu'à un praticien qui fait partie du réseau. Parmi les *HMO*, le « *staff model* » emploie directement des médecins salariés et possède ses propres centres de soins ambulatoires et hôpitaux. Mais de nouveaux modèles de *HMO* sont apparus plus récemment, comme les *IPA* (*Independent Practice Association*). Dans cette formule, le *HMO* ne possède pas d'hôpitaux en propre et ne gère pas directement les médecins, mais il passe des contrats avec des groupes de praticiens exerçant dans leur cabinet et rémunérés à l'acte ou par un forfait *per capita*. Par ailleurs, dans beaucoup de *HMO* désormais, les patients peuvent se faire soigner en dehors du réseau et recevoir tout de même un remboursement partiel pour leurs soins (*Point of Service*).

Les *PPO* (*Preferred Provider Organization*) reposent sur la mise en place d'une contractualisation sélective entre organismes assureurs et prestataires de soins, payés à l'acte, qui s'engagent à pratiquer des tarifs préférentiels pour leurs assurés. Les assurés sont financièrement incités à consulter des médecins affiliés à ce réseau de soins car, en cas contraire, ils doivent acquitter un ticket modérateur assez élevé.

Les assurances maladie traditionnelles (*Managed Indemnity Insurance Policy*) ont, elles aussi, imposé à leurs adhérents, à l'image des *MCO*, certaines limitations comme la nécessité de consulter un praticien avant tout recours à l'hôpital, le non-remboursement au patient – ou un remboursement partiel – lorsque les soins ne correspondent pas aux référentiels de soins définis par la compagnie d'assurance ou lorsqu'elle juge les dépenses de santé excessives.

Les assureurs pratiquant le *Managed Care* passent généralement des contrats avec des *PBM* (*Pharmaceutical Benefits Management*) qui négocient avec l'industrie pharmaceutique des tarifs préférentiels sur les médicaments.

56 % des bénéficiaires de *Medicaid* reçoivent des soins par le biais

d'un Plan de *Managed Care*, négocié avec des *HMO* par les gouvernements des États à des tarifs préférentiels. Ces tarifs étant bien inférieurs à ceux couramment pratiqués, les praticiens et les cliniques sont souvent réticents pour prendre en charge et soigner les assurés qui relèvent de *Medicaid*. Des standards de qualité et de performance ont été développés par les États pour contrôler les *MCO* contractant avec *Medicaid*.

De profonds changements dans le marché de l'assurance santé

Depuis la fin des années 1980, le marché de l'assurance santé a subi de profondes mutations. Les assurances traditionnelles qui représentaient près de 50 % de l'ensemble du secteur sont devenues très marginales (moins de 4 %). La part des *HMO* « classiques » qui avait fortement augmenté jusqu'en 1997, a été ramenée aux alentours de 20 % en 2006. La part des *POS* (ou *HMO* ouverts) s'est stabilisée à environ 15 %. Ce sont les *PPO* qui sont devenus le modèle dominant au sein des *Managed Care Organizations* en raison de leur souplesse et de la plus grande liberté laissée aux patients. Ils représentent désormais 60 % de l'ensemble du secteur en 2006, contre 30 % dix ans auparavant. Des différences géographiques dans l'implantation des différents modèles demeurent cependant, l'adhésion aux Plans *HMO* étant, par exemple, plus importante dans l'Ouest des États-Unis que dans le Sud.

Curieusement, il semble que les personnes ignorent souvent la nature de leur plan d'assurance santé. Selon une étude du *Centre for Studying Health System Change*, environ un quart des personnes interrogées se trompent, en effet, sur le type de plan auquel elles ont souscrit¹⁰.

L'évolution du marché de l'assurance santé découle en grande partie de l'insatisfaction des assurés et des professionnels de santé quant au fonctionnement des *MCO*. D'importantes controverses se sont développées tant sur la qualité des soins que sur la fragmentation du système et ses coûts. En effet, la volonté de réduire les dépenses de santé a

10. Torchin Floriane, « Le système d'assurance santé américain », Document de travail, Agence financière de Washington, 2003.

11. Kaiser Public Opinion Spotlight, The Public, Managed Care and Consumer Protections, January 2006.

conduit à certains excès qui ont entraîné une détérioration de l'image des HMO dans l'opinion publique et des doutes sur la qualité des soins fournis.

Les enquêtes d'opinion reflètent cet état d'esprit. Ainsi, celle réalisée par Kayser en janvier 2006¹¹ montre que 61 % des personnes interrogées pensent que les organismes de *Managed Care* sont surtout préoccupés par les économies à réaliser plutôt que par la volonté de fournir le meilleur traitement possible. Les opinions négatives sur l'impact du *Managed Care* augmentent, même si presque un tiers des personnes interrogées reconnaît toutefois que l'accès aux soins préventifs a été facilité. Ainsi pour près de six personnes sur dix, le temps passé par le médecin auprès d'un patient a décliné, il est devenu plus difficile d'accéder au médecin spécialiste et sur le plan de la gestion, le *Managed Care* n'aurait pas permis de réaliser des économies. Pour une personne sur deux enfin, le *Managed Care* aurait entraîné une baisse de la qualité des soins.

Un article de la revue *Health Affairs*¹² qui a comparé toutes les études empiriques de qualité menées sur les HMO entre 1997 et 2001 apporte un jugement plus nuancé sur la question. Il conclut que l'état de santé des assurés des HMO semble comparable à la moyenne mais les traitements coûteux, tels que les soins intensifs et les services d'urgences, seraient un peu moins utilisés dans ces organismes. *A contrario*, les assurés HMO utilisent plus que les autres les consultations de médecine ambulatoire.

En effet, parmi les points positifs à mettre à l'actif du *Managed Care*, il convient de souligner la mise en place par la plupart des MCO de politiques de prévention et de services d'éducation pour la santé, de politiques de *Disease Management* (coordination de l'ensemble des soins) pour les personnes souffrant de pathologies graves et coûteuses, ainsi que de politiques de continuité des soins pour les personnes handicapées et les personnes âgées dépendantes (*Case Management*).

Une étude conduite par le Juran Institute et le *Midwest Business Group on Health*¹³ a, quant à elle, estimé que le coût engendré par le manque de qualité des soins et par une utilisation inappropriée des structures de soins se monterait à 30 % de la dépense totale de santé dont 10 % liés aux coûts des recours en justice contre les médecins.

L'intervention de l'État fédéral dans le contrôle de la qualité a été renforcée récemment avec l'obligation faite à l'agence de recherche sur la santé et la qualité, *AHRQ* (*Agency for Health Care Research and Quality*) de réaliser chaque année un rapport sur les disparités dans la qualité des soins et l'accès aux soins. Le dernier rapport (2006) se fonde sur 179 indicateurs de qualité, dont plusieurs centrés sur la mesure du bien-être du patient et de l'attention qui lui est accordée au sein du système de soins. Il constate des différences importantes dans l'utilisation des services de santé entre populations « blanche » et « noire », entre les diverses nationalités et des écarts selon la catégorie socioéconomique du patient.

L'exemple du Massachusetts : une généralisation de l'assurance maladie

Le Massachusetts est le premier État des États-Unis à avoir adopté une législation qui fournit une assurance maladie quasiment universelle à ses citoyens, en étendant la couverture santé à presque tous les non-assurés résidant dans l'État. Le texte a été adopté par un accord entre le parti démocrate et le parti républicain.

Cet élargissement de l'accès aux soins a été réalisé en trois étapes successives, à partir de 1988 où sous l'impulsion du gouverneur, Michaël Dukakis, est adoptée la loi « *Universal Health Care* ». Cette loi comprend quatre programmes fournissant une couverture maladie aux personnes handicapées et aux enfants (*Commonhealth*) aux femmes enceintes non assurées (*Healthy Start*), aux travailleurs non assurés (*Medical Security Plan*) et enfin aux étudiants (*Student Insurance Requirement*). Elle n'a été appliquée que sur cer-

tains aspects et, dans un premier temps, le nombre de personnes non assurées a de fait augmenté. Ce qui a conduit le gouvernement du Massachusetts à étendre le programme *Medicaid*, intitulé *MassHealth*, à des populations non éligibles selon la loi, telles que les personnes seules et les enfants dépassant deux fois le seuil de pauvreté fédéral. Dans le même temps, l'État a ouvert à tous les enfants non assurés et non éligibles à *MassHealth*, le droit à un panier de soins primaires et préventifs (*Children's Medical Security Plan*). C'est ainsi qu'entre 1995 et 2000, la population couverte par *Medicaid* au Massachusetts est passée de 670 000 personnes à 1,35 million. Le nombre de personnes non assurées a sensiblement décliné pendant la même période, passant de 680 000 à 365 000 sur une population globale de 6,4 millions de personnes.

Parallèlement, dès 1985, un Fonds de compensation pour les soins hospitaliers des personnes non assurées (*Uncompensated Care Pool*), financé par l'État fédéral, le Massachusetts, les hôpitaux mais aussi par les employeurs et les assurances avait été mis en place.

La nouvelle loi, votée en avril 2006 étend la couverture de l'assurance maladie à la très grande majorité des non-assurés. Elle élargit les conditions d'éligibilité à *Medicaid* (*MassHealth*), déjà plus généreuses que dans les autres États, aux personnes qui dépassaient les seuils de revenus. Elle facilite l'achat d'un Plan santé pour les travailleurs non assurés et disposant de revenus compris entre 100 et 300 % du seuil de pauvreté par la création de subventions importantes et de chèques pré-payés (*pretax dollars*).

La loi crée, par ailleurs, une structure de gestion d'assurance quasi publique, « *The Insurance Connector* », dont les objectifs sont de réduire les coûts d'assurance pour les petites entreprises et les individus, de faciliter l'achat d'une assurance pour les personnes travaillant à temps partiel ou dans plusieurs entreprises, ou encore comme saisonnier. Le *Connector* doit leur proposer des Plans santé offrant un panier de pres-

12. Miller RH, Luft HS, HMO Plan Performance Update, an analysis of the Literature, 1997-2001, *Health Affairs*, 2002, vol.21 N°4.

13. Pricewaterhouse Coopers, The Factors Fueling Rising Healthcare Costs, 2006.

tations de bonne qualité et à des prix « abordables ».

Les entreprises de plus de 11 salariés qui n'offrent pas d'assurance santé à leurs salariés à temps plein doivent payer au *Connector* une contribution de 295 dollars par an, par équivalent temps plein. Des amendes (*free rider surcharge*) sont même imposées aux employeurs qui ne fournissent pas d'assurance santé à leurs salariés lorsque ces derniers se font soigner gratuitement dans les hôpitaux. C'est ainsi la première fois qu'une obligation d'assurance maladie est imposée aux États-Unis, tant aux employeurs qu'à l'ensemble de la population.

Plusieurs facteurs ont favorisé l'adoption d'une telle réforme : le fait que les démocrates soient nettement prépondérants dans les instances locales et fédérales du Massachusetts, l'existence de Fonds fédéraux qui devaient être utilisés pour les personnes non assurées, un pourcentage de non-assurés, nettement inférieur à la moyenne (6 %) et enfin l'action de lobbies de consommateurs très actifs et très influents (*Blue Cross Blue Shield Foundation, Health Care for all* et les différentes églises). Par ailleurs, au Massachusetts, quasiment toutes les entreprises de plus de 100 salariés et les deux tiers des petites entreprises participaient au financement d'une assurance santé pour leurs salariés. L'État peut aussi compter sur le redéploiement des sommes versées au Fonds de compensation pour les soins hospitaliers des personnes non assurées, soit plus de 600 millions de dollars.

Une première évaluation a été réalisée par plusieurs acteurs sur certains aspects de la réforme, mise en œuvre en 2006. Les principales interrogations tournent autour de la

notion d'assurance « accessible financièrement »¹⁴.

Onze États envisagent des réformes similaires

Il est difficile de penser que ce type de réforme instaurant quasiment une couverture maladie obligatoire puisse être généralisé rapidement à l'ensemble des États. Cependant, il faut relever qu'actuellement, onze États dont la Californie, New York, le Vermont, réfléchissent à des projets similaires. L'État du Vermont, par exemple, a mis en place en 2006 un programme facultatif pour les non-assurés intitulés « *Catamount Health* » qui fournit des subventions pour adhérer à un des Plans santé proposés par des compagnies d'assurance. L'État estime que près de 25 000 personnes, sur les 60 000 résidents non assurés, ont pu être enrôlées dans un programme. Si les objectifs de généralisation de la couverture n'ont pas été atteints en 2010, l'État pourrait rendre obligatoire l'adhésion à une assurance santé.

Dans l'État du Maine, un programme volontaire, mis en œuvre à compter de 2005, a pour objectif d'élargir l'assurance santé aux personnes non couvertes par leurs employeurs, ainsi qu'aux travailleurs indépendants. Pour les personnes gagnant moins de 300 % du seuil de pauvreté fédéral, des aides leur seront accordées en fonction de leur capacité à financer un Plan santé¹⁵.

En Californie, le gouverneur Arnold Schwarzenegger a proposé une réforme similaire à celle introduite dans l'État du Massachusetts. Tous les résidents devraient disposer d'une couverture maladie et des subventions devraient être accordées par l'État aux personnes disposant de revenus trop bas pour financer une assurance santé. Les employeurs qui

ne fournissent pas d'assurance à leurs salariés devront payer à l'État une somme égale à environ 4 % des salaires versés. Cette somme servira à aider les personnes non assurées à adhérer à un Plan santé. Ce projet de réforme du gouverneur de la Californie est en concurrence avec d'autres propositions visant toutes à un élargissement de la protection sociale santé.

Selon une enquête conduite par la fédération des hôpitaux américains en 2007, la question de l'élargissement de l'assurance santé à l'ensemble de la population pourrait être un des débats majeurs de l'élection présidentielle en 2008. 35 % des personnes interrogées considèrent que « couvrir les personnes non assurées » est « extrêmement important » et 44 % pensent que c'est « plutôt important »¹⁶. Dans son septième discours de l'Union, le président Bush aborde également comme un thème essentiel l'extension de la couverture médicale grâce à des déductions fiscales. Il semble, par ailleurs, qu'une grande partie des chefs d'entreprise commence à militer pour une réforme en profondeur de l'assurance maladie car le renchérissement des coûts alourdit fortement leurs budgets. Le cas de *General Motors*, qui est le plus gros acheteur privé de services de soins et de médicaments, et qui s'est déclaré en difficulté pour continuer à financer une assurance santé à ses salariés, est à cet égard particulièrement révélateur.

Si l'objectif d'assurer à tous les citoyens américains une couverture santé semble désormais largement partagé par l'ensemble des acteurs et par la majorité de la population, de nombreuses divergences se manifestent néanmoins quant aux modalités préconisées pour atteindre cet objectif. ■

14. Raymond Alan G., The 2006 Massachusetts Health Care Reform Law, Progress and challenges after one year of implementation, The Massachusetts Health Policy Forum, MMPI and Foundation Blue Cross, May 2007.

15. Health Care Coverage in America, Understanding the Issues and Proposed Solutions, Alliance for Health Reform, March 2007.

16. « Uninsured Survey », question 20, Federation of American Hospitals, February 5-7, 2007.