

Une lecture européenne du système de santé américain

Les grands pays occidentaux sont confrontés depuis plus de vingt ans à l'écueil récurrent de la "solvabilisation" de leur système de protection sociale. La retraite et la santé constituent, pour les pays de l'OCDE, deux défis propres aux sociétés "post baby-boom".

De manière identique, l'augmentation de l'espérance de vie de la population et la baisse des taux de fécondité provoquent un effet de ciseaux dont peu de systèmes, quelle que soit leur organisation, sortent consolidés.

Pour certains, les problèmes de financement des retraites pourraient trouver une solution avec la mise en place de fonds de pension, modèle largement inspiré par l'exemple américain. Il n'en est pas de même en matière d'assurance-maladie.

Complexe, le système américain d'assurance-maladie est d'autant plus méconnu que ses fondements philosophiques et politiques sont pour le moins étrangers à notre conception européenne de l'Etat providence. L'importance de l'enjeu est pourtant manifeste puisque les dépenses de santé aux Etats-Unis représentent, en 1998, 1,1 trillion de dollars et 13,5% du PIB, soit le niveau relatif le plus élevé au monde.

Son étude n'en est pas moins éclairante pour mettre en évidence le fait que le système américain souffre des mêmes carences et insuffisances que son équivalent français. Les évolutions financières et politiques récentes permettent même d'avancer la constatation osée de son rapprochement du modèle européen, plutôt que l'inverse.

Une philosophie étrangère au modèle européen

Le soubassement philosophique du système de santé américain et la prédominance des acteurs privés sont les deux différences fondamentales qui frappent l'observateur allogène

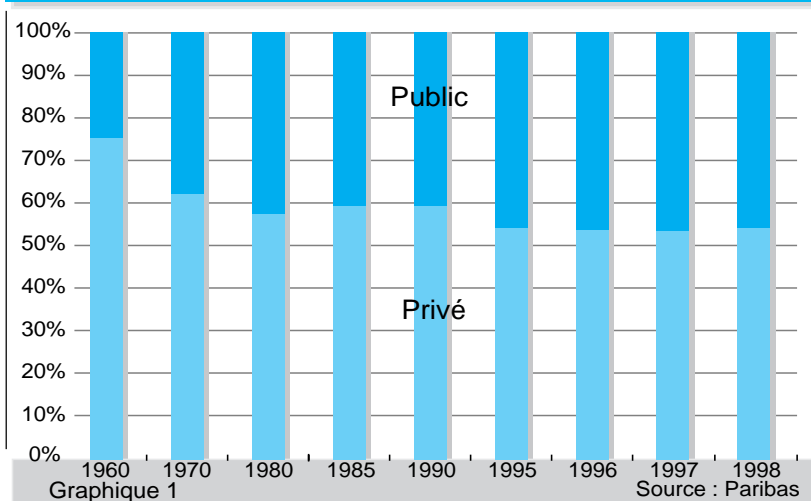
Le système de santé américain est issu d'une sédimentation de mesures sociales largement dépendantes des alternances politiques et des rapports de force créés au sein de la société américaine. Seuls les Démocrates ont, en effet, contribué historiquement à ce qui constitue les prémices d'un système d'assurance-maladie. Il n'y a donc pas eu de volonté d'apaisement social et politique (justification des lois Bismarck dans l'Allemagne wilhelminienne) et, bien évidemment, aucune référence à un modèle d'Etat providence d'inspiration beveridgienne⁽¹⁾.

Au début du XXe siècle, la principale association professionnelle des médecins (AMA), associée à de grandes fondations (Mellon, Carnegie, Rockefeller...), pose la pierre angulaire du système américain : l'opposition catégorique à un système d'assurance-maladie obligatoire, financé, contrôlé et réglementé par un Etat ou le gouvernement fédéral. Le rapport de force politique déplacera donc le curseur entre la "publicisation" des dépenses de santé et l'opposition à la *socialized medecine*, dénoncée par Morris Fishbein, le héraut de l'AMA dans les années 20.

Le système de santé américain se rapproche-t-il du modèle européen ?

(1) William Beveridge, économiste et homme politique britannique (1879-1963) a publié en 1942 le fameux rapport qui a jeté les bases de l'Etat providence en Europe et fortement influencé les travaux du Conseil National de la Résistance (CNR) en France.

Origine du financement des dépenses de santé aux Etats Unis



(2) Pour la première fois en dix ans, la part publique des dépenses de santé a baissé à 45,5% du total contre 46,2% en 1997, mais 40,4% en 1998.

(3) Les grandes entreprises expérimentent différentes formules de gestion des soins ("managed care") : un contrat de HMO ou un contrat de PPO ("Preferred Provider Organization"), modèle d'assurance qui s'est développé à partir des années 80.

La PPO contraint ou incite les assurés à n'avoir recours qu'aux médecins ou hôpitaux agréés, qui ont été sélectionnés pour leurs dépenses modérées. Cela leur permet d'offrir aux entreprises des tarifs de cotisation réduits.

Formule hybride entre le HMO et le PPO, le POS (Point of Service) contraint l'adhérent (salarié) à sélectionner un généraliste chargé de gérer ses soins parmi un ensemble de fournisseurs de soins intégrés. Il peut choisir des médecins ou hôpitaux extérieurs, mais cela peut lui coûter jusqu'à 3.000 dollars.

Cette puissance de l'AMA s'exprimera avec fermeté lors de l'administration Roosevelt en réussissant à écarter toute référence à un système d'assurance-maladie dans le cadre du *Social Security Act* de 1935 qui préfigurait la création d'un Etat providence aux Etats-Unis.

Les systèmes collectifs d'assurance-maladie ne sont créés —après la Seconde Guerre mondiale— que dans des secteurs industriels bénéficiant d'une représentativité et d'une force syndicales importantes (acier, automobile...). La loi Taft Hartley de 1947, en pleine guerre froide, teintée aux Etats-Unis des excès du maccarthysme, avait en effet interdit les formes d'action de solidarité ouvrière, ce qui avait poussé les syndicats sur la voie de la négociation collective. L'assurance-maladie est donc liée à un emploi, et une exemption fiscale fédérale est accordée aux employeurs qui y contribuent financièrement.

Au début des années 60, le système d'assurances privées domine largement, ce qui crée une situation de profondes inégalités avec des contributions différenciées en fonction des risques. Il est donc impossible pour les personnes âgées ou en situation précaire d'espérer une couverture médicale sans une aide publique.

Il faut donc attendre 1965 avec la conjonction (rare dans l'histoire politique américaine) d'un Congrès démocrate avec un président issu de ses rangs, Lyndon Johnson. Leur action commune institue *Medicare* et *Medicaid*, deux programmes publics d'aide médicale en faveur respectivement des personnes âgées et des plus démunis.

En 1998, *Medicare* couvre plus de 38 millions de personnes et *Medicaid* 36 millions (6 millions de double éligibles). Ils constituent le système de couverture maladie public le plus important. Les 385 milliards de dollars dépensés par ces deux programmes sont financés par des contributions publiques et des cotisations salariales et patronales. *Medicare* représente 20% des dépenses de santé et *Medicaid* 15%.

Le constat tiré de cette évolution du système de soins américain est ambigu puisque la part des sources publiques de financement ne cesse d'augmenter dans le total (cf. graphique 1). On assiste bien à une "publicisation" des dépenses de santé aux Etats-Unis⁽²⁾.

Des acteurs essentiellement privés

Même si une partie des sources de financement est publique (fédérale ou des Etats), la majorité des acteurs sont privés. Cette tendance a été renforcée au début des années 70 avec la mise en place des HMO, *Health Maintenance Organizations*, les réseaux de soins coordonnés. Ils appartiennent désormais à l'ensemble plus vaste des systèmes de soins collectifs, mais toujours privés, les *managed care*⁽³⁾.

Ce sont des entreprises de soins qui fournissent à leurs adhérents des prestations médicales, ambulatoires et hospitalières. Ils se présentent donc comme une alternative au système de soins libéral, fondé sur le paiement à l'acte sans limitation et sur le remboursement des actes par une assurance privée individuelle.

L'administration fédérale a encouragé leur extension, après l'adoption du *HMO Act* en 1972. Si l'administration Nixon développe les HMO, ce n'est pas au nom de principes mutualistes mais plutôt pour mettre en place une forme de gestion plus rationnelle⁽⁴⁾.

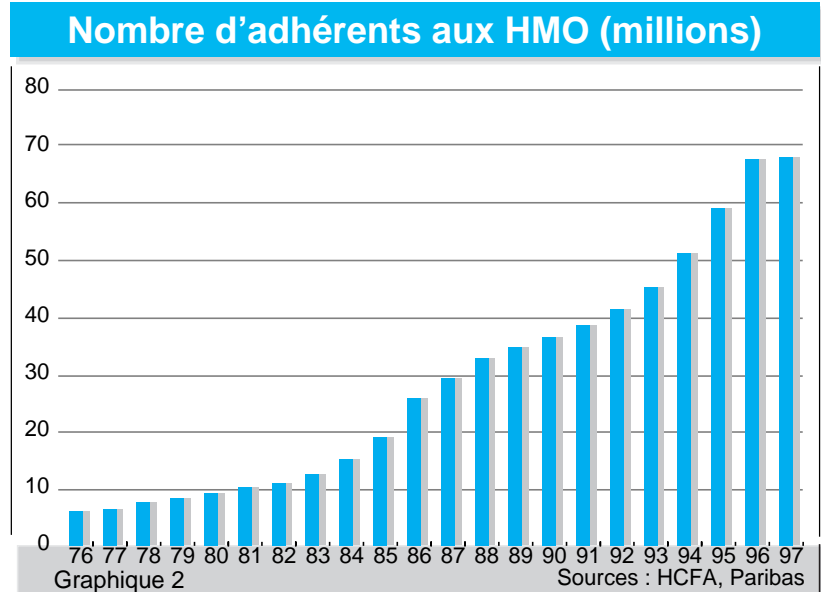
De nombreuses entreprises (cf. graphique 2) vont donc choisir des HMO qui leur garantissent l'optimisation de leur contribution financière⁽⁵⁾. C'est aussi un moyen pour elles d'attirer du personnel qualifié en assurant la meilleure couverture possible. Les différents systèmes de *managed care* vont offrir aux employeurs un contrôle des primes en exerçant une gestion fine des dépenses de santé des médecins et hôpitaux.

Les deux tiers de la population américaine en dessous de 65 ans sont désormais couverts par le système de *managed care*.

D'une manière un peu caricaturale, on peut donc simplifier le système de santé américain avec cette suite logique. Les assurances privées assurent les personnes qui peuvent se permettre une couverture d'autant plus onéreuse que les dépenses à la charge de l'assuré se multiplient dans les contrats d'assurance ordinaire. Pour la majorité des salariés américains des grandes entreprises, le contrat de *managed care* est la règle avec des prestations très différentes selon le système et le fournisseur retenus. Pour les personnes âgées et celles en difficulté, les systèmes publics offrent un minimum qu'il est possible d'améliorer avec certaines prestations d'assurance privée additionnelles.

Finalement, les 37 millions d'Américains réellement privés de couverture maladie sont ceux dont le statut précaire les éloigne de la protection des grands groupes, mais qui sont "insuffisamment pauvres" pour relever des systèmes d'aide publique. Il s'agit bien des *working poor* qui ne bénéficient ni de la prospérité ni de l'assistance sociale⁽⁶⁾.

La coexistence de ce système hybride avec des acteurs essentiellement privés crée un



champ de forces centrifuges. Difficile pour un hôpital privé d'accueillir des patients avec une faible couverture maladie (qui ne lui rembourse que quelques soins et interventions fixés d'avance).

Tout aussi problématique est la tâche des *managed care* pour expliquer à un patient que tel ou tel examen ou intervention ne sont pas justifiés. Globalement, les patients américains estiment être mal soignés par les *managed care*, et ce sentiment se traduit par le futur *Patient of Bill Right* qui devrait les autoriser à poursuivre en justice leur système de soins collectifs pour mauvais traitement ou inadéquation. Certains voient dans ce mécanisme en gestation, les débuts d'un futur "procès du tabac" pour les acteurs de la santé aux Etats-Unis.

Mêmes causes, mêmes effets

Quoique d'essence radicalement différente, le système américain d'assurance-maladie présente néanmoins des caractéristiques et souffre de griefs assez proches de notre système hexagonal. Il est tout d'abord extraordinairement onéreux pour la

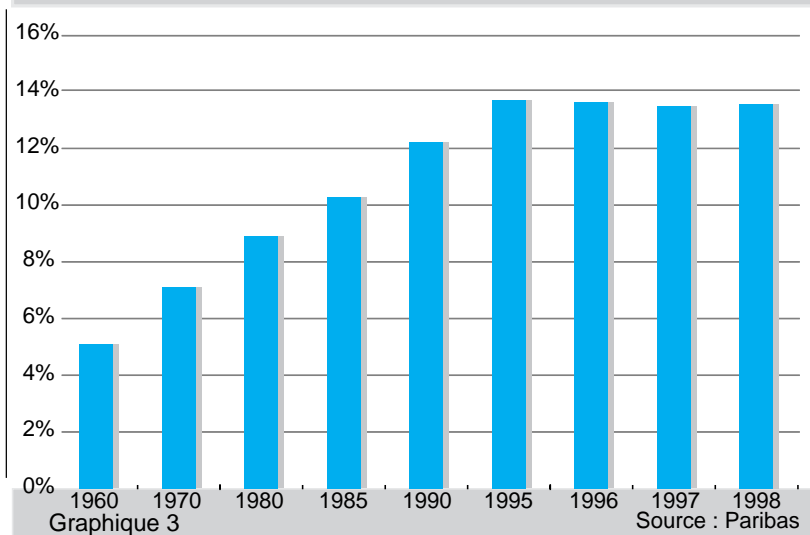
(4) Le scandale "Medi-Cal" (le "Medicare" de Californie), à l'époque où Ronald Reagan était gouverneur de cet Etat, avait fortement marqué les esprits.

(5) A la différence des assurances privées qui remboursent à l'acte, les HMO fonctionnent sur la base d'une capitation mensuelle ou annuelle; les patients reçoivent en échange des soins gratuits à condition de s'adresser au médecin ou à l'hôpital ayant contracté avec le HMO. Ils acceptent également de renoncer à l'accès direct au spécialiste, à l'hôpital puisqu'il faut une consultation préalable.

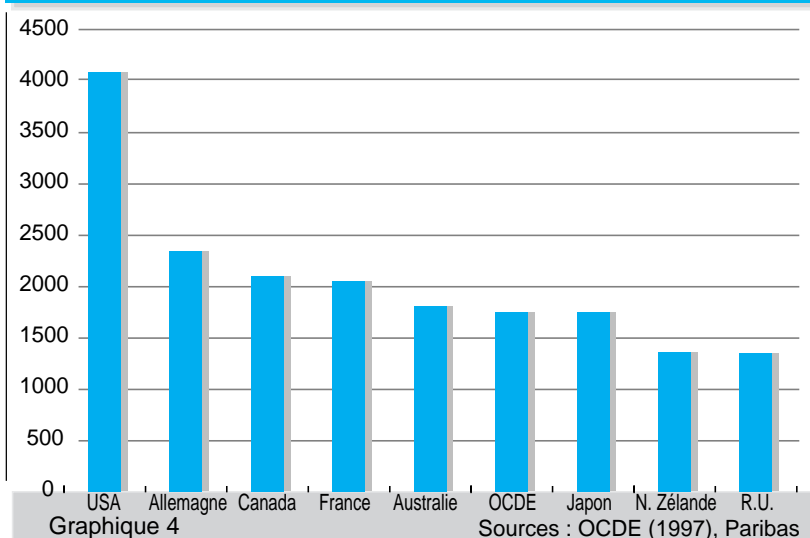
Les HMOs versent au médecin soit un salaire, soit un paiement forfaitaire par patient inscrit.

(6) En 1998, environ 190 millions de personnes étaient couvertes par des assurances privées, 168 millions par les systèmes employeurs du type "managed care" et 68 millions par les systèmes publics. La somme dépasse la population américaine, car la double assurance est une règle résultant du choix d'opportunité de chaque prestataire/assuré.

Dépenses de santé en % du PIB



Dépenses de santé par tête en USD



collectivité, puisqu'il absorbe 13,5% du PIB en 1998 (cf. graphiques 3 et 4).

Il faut souligner le fait que ce niveau est le plus élevé des pays de l'OCDE et que la différence en dépenses par tête est très importante : le système américain est donc un système peu efficace au vu des caractéristiques d'état sanitaire global de la population. Il est difficile de dire que les Américains sont mieux soignés que les autres Occidentaux, lorsqu'ils le sont bien évidemment !

(7) Le prix des médicaments est beaucoup plus élevé aux Etats-Unis qu'en Europe. Il est symptomatique que le débat sur un éventuel contrôle des prix des médicaments se développe aujourd'hui.

Néanmoins, les mêmes causes produisent les mêmes effets, et la démographie explique naturellement ce dérapage des dépenses de santé. Avec plus de 4 millions de personnes de plus de 85 ans, le système américain vacille, malgré l'augmentation des cotisants due à l'immigration, sous l'effet de ciseaux classique de la progression des dépenses de santé (effet volume de l'accroissement des prestataires) et l'effet qualitatif de l'élévation du coût des technologies employées.

Cette croissance constante des dépenses de santé en pourcentage de la richesse nationale a entraîné une mobilisation forte du monde politique américain qui poursuit, depuis de nombreuses années, l'idéal de réformes permettant de contrôler efficacement cette dérive financière. Néanmoins, dans un monde essentiellement privé, les seuls leviers d'action relèvent des financements publics, et c'est bien sur eux que s'est exercée la pression la plus forte⁽⁷⁾.

Une réponse à l'américaine

Cette dérive des dépenses de santé a provoqué une série de réformes du financement de l'assurance-maladie dont les effets économiques ont été particulièrement forts.

Elaboré par la majorité républicaine imprégnée des idées de Newt Gingrich sur l'Etat minimal, le *Balanced Budget Act* de 1997 va fortement réduire la contribution publique à *Medicare*. Entre 1998 et 2002, il était ainsi prévu d'économiser plus de 40 milliards de dollars sur les dépenses des hôpitaux (plus de 12% du total des dépenses hospitalières).

Ce volontarisme dans la réduction de la dépense publique sociale s'appuyait, en effet, sur un système très administratif de fixation des remboursements. En 1983, l'administration Reagan avait décidé que certaines dépenses de fonctionnement de *Medicare* seraient remboursées selon une

base tarifaire fixée à l'avance par type d'actes : ce *Medicare prospective payment system* se fondait sur 467 *Diagnosis Related Group* (DRG), véritable coefficient "K" de l'assurance-maladie française. Les hôpitaux qui maintenaient leurs coûts en dessous des DRG gagnaient donc de l'argent. La liberté de fixation des prix n'est donc pas de mise pour une grande partie des prestations délivrées dans le système de soins américain.

Contre toute attente, la réponse des principaux intervenants, même privés, a été lente. Ceux-ci n'ont pas su anticiper le pincement des marges qu'impliquait cette réduction massive des dépenses de santé. Des acteurs qui s'étaient spécialisés dans des domaines d'activité spécifique (soins de long séjour) ou services de confort n'ont pas su s'adapter à ce mouvement massif de —ce que l'on pourrait appeler en des termes français— "déremboursements".

Les hôpitaux privés ont essayé de repousser certains de leurs "patients/clients peu rentables" vers d'autres structures. Une véritable stratégie "d'optimisation de la zone de chalandise d'offre/demande de soins" a ainsi entraîné fermetures soudaines de sites, licenciements massifs de personnels hospitaliers et bouleversements stratégiques pour les principaux acteurs.

Des conséquences graves

C'est l'ensemble des acteurs de l'assurance-maladie américaine qui a donc été touché. Les caractéristiques sectorielles du *healthcare* aux Etats-Unis ont, en outre, accentué l'effet économique de cette contraction des recettes. Secteur jeune avec un rapide et puissant développement des HMO dans les années 80, le *healthcare* venait de subir une vague de consolidation très forte de tous les acteurs (HMO, assurances privées, hôpitaux et fournisseurs de soins) pour un marché pourtant encore atomisé. Le poids de

la dette y était donc très important. Le pincement des marges a déséquilibré une structure financière faible. Les mauvais résultats ont entraîné une chute des valeurs boursières, fermant aux principaux acteurs le recours aux fonds propres de marché. Ce secteur est aujourd'hui un des plus risqués aux Etats-Unis et "souffre" par là même d'une appréciation du risque de crédit la plus dégradée.

Il n'est donc pas étonnant que les problèmes du système de soins américain soient au coeur de la campagne des primaires pour les prochaines élections présidentielles. Les citoyens américains sont vraiment préoccupés par les menaces et les insuffisances de leur système de soins. La prise de conscience a même touché le Congrès qui a finalement autorisé des dépenses budgétaires supplémentaires, reconnaissant implicitement que le curseur avait été poussé trop loin.

Vus du Sirius européen, les Etats-Unis sont encore assez éloignés du modèle de protection sociale européen puisque l'on peut mettre en parallèle la couverture maladie universelle française avec l'absence de toute couverture pour 40 millions d'Américains.

La leçon principale nous semble cependant se situer sur un autre plan. Confrontée aux défis démographiques et technologiques majeurs, la couverture maladie efficiente et contrôlée ne se réalise pas non plus aux Etats-Unis. Tout aussi complexe et inefficace que notre propre système, il présente, en outre, des risques systémiques plus grands⁽⁸⁾. Le véritable débat

(8) A l'heure d'Internet, les systèmes de soins des pays occidentaux risquent d'être complètement révolutionnés, que ce soit pour la livraison des médicaments, les consultations en ligne. L'enjeu stratégique que représentent les millions d'abonnés adhérent à un système de soins collectifs ne devrait pas échapper encore longtemps aux principaux acteurs du "business online".

aux Etats-Unis est bien aujourd'hui de financer les dépenses de santé par des contributions publiques toujours plus importantes. Cela est encore facile en période de croissance exceptionnelle, mais après...

La réforme permanente et l'adaptabilité sont donc bien les constantes des systèmes de protection sociale du XXIe siècle.

Emmanuel QUAINON
emmanuel.quainon@paribas.com

Achévé de rédiger le 4 février 2000

Rédacteur en chef : Eric Barthalon
Edition : Elisa Laïk.
Statistiques : Sylvie Barbet, Veary Bou.
Mise en page et secrétariat :
Chantal Cazes, Elisa Laïk.

Bulletin édité par la Recherche Economique - Paribas
3, rue d'Antin - 75002 Paris
Tél. 01.42.98.12.34
Internet : <http://www.paribas.com>
Directeur de la publication : Eric Barthalon
Imprimeur : Ateliers J. Hiver SA
Dépôt légal : Février 2000
Copyright Paribas