



La couverture maladie aux États-Unis

Un système fragmenté

Lucy apRoberts

Économiste

IDHE Université Paris Ouest Nanterre

Les dépenses de soins médicaux sont bien plus importantes aux États-Unis que dans d'autres pays développés. En 2003, elles y représentaient 15,2 % du PIB contre 10,9 % en France. Pourtant, les États-Unis ne sont pas en bonne place au regard de certains indicateurs de l'état de santé de la population : l'espérance de vie à la naissance y est de 77,5 ans, contre 79,4 pour la France ; le taux de mortalité infantile y est de 6,9 pour 1000 naissances vivantes, contre 4,0 en France ; la mortalité maternelle est de 12,1 décès pour 100 000 naissances vivantes, contre 7,4 en France (données OCDE pour 2003). Les piètres performances américaines en matière de santé sont liées à la faible part de dépenses de soins socialisées. Selon l'OCDE, 45 % des dépenses américaines sont « publiques », c'est-à-dire financées par l'impôt ou par des cotisations sociales obligatoires, alors qu'en France la proportion est de 80 %. Ceci est lié au fait que la couverture aux États-Unis n'est pas universelle.

En Europe, on a tendance à s'imaginer que les Américains souscrivent en règle générale des contrats individuels auprès de compagnies d'assurance. De fait, peu d'entre eux procèdent de la sorte. Les retraités sont couverts principalement par *Medicare*, un dispositif de sécurité sociale réservé aux personnes âgées de 65 ans ou plus, ainsi qu'aux invalides.

Le système de santé des États-Unis est à la fois coûteux et peu performant. L'assurance maladie y apparaît comme un système fragmenté qui exclut une importante minorité de la population.

Pour la majorité de la population en dessous de 65 ans (62%), la couverture santé passe par une multitude de régimes professionnels, instaurés par des employeurs pour les salariés et leurs familles, sans mutualisation entre eux. Ce système éclaté de protection sociale lié à l'emploi exclut de nombreuses personnes. Un dispositif de sécurité sociale destiné aux personnes de plus de 65 ans et aux invalides (Medicare) et un système d'assistance pour les personnes pauvres avec enfants (Medicaid) permettent de couvrir une partie de ceux qui échappent aux régimes professionnels. Mais cette fragmentation de la couverture maladie conduit à l'exclusion de 45 millions de personnes qui se retrouvent sans aucune couverture maladie.

En comparaison, la couverture maladie en France est beaucoup plus unifiée. Il existe toutefois certaines différenciations : entre pauvres et non pauvres avec la CMU, entre les personnes en Affections Longue Durée et les autres assurés du régime général, entre groupes professionnels selon leur assurance complémentaire. Ces clivages sont appelés à se développer si le régime général poursuit son retrait de la couverture de soins. Dans ce cas, ils pourraient faire glisser la couverture maladie en France vers une solidarité fragmentée à l'américaine.

Le tableau ci-dessous montre la couverture de la population âgée de moins de 65 ans. Les régimes professionnels sont prépondérants : ils couvrent 62 % de ce groupe, soit en tant que salarié, soit en tant que membre de la famille d'un salarié. Seulement 7 % sont couverts par une assurance souscrite en dehors du cadre de l'emploi salarié. Enfin, 17 % de la population en dessous de 65 ans, soit 45 millions de personnes, n'ont aucune assurance maladie.

Les origines de la couverture professionnelle

La plupart des salariés américains sont couverts par des régimes professionnels, séparés les uns des autres, sans compensation entre eux. Ce système remonte à un mouvement patronal né dans les années 1910, qualifié à l'époque de *welfare capitalism* ou l'« entreprise providence ». Les dirigeants de grandes entreprises qui animaient ce mouvement appelaient les employeurs à prendre en charge les besoins de leurs salariés. Ils visaient à démontrer que la population américaine n'avait besoin, ni d'un État social, ni d'un mouvement syndical. A la fois libéral et paternaliste, ce mouvement a engendré la protection sociale fragmentée que l'on connaît aujourd'hui.

La fiscalité encourage le financement des frais

médicaux des salariés par le seul employeur. Les sommes qu'il consacre à la couverture maladie de ses salariés ne sont pas comprises dans ses bénéfices imposables et elles ne sont pas considérées comme faisant partie du salaire. Ainsi, elles ne sont pas assujetties aux cotisations sociales obligatoires et elles ne sont pas intégrées au revenu imposable des salariés. En revanche, les éventuelles cotisations salariales sont comptabilisées comme du salaire. Ainsi, les salariés ont une forte motivation financière à ce que l'employeur paie seul la couverture, même si leur salaire direct s'en trouve amputé. Jusqu'aux années 1980, une participation financière des salariés était rare. Aujourd'hui l'employeur finance en moyenne 84 % de la couverture pour un salarié sans personne à charge (73 % pour un salarié, son conjoint et deux enfants).

Le mouvement syndical s'est impliqué dans la protection sociale professionnelle après la Seconde Guerre mondiale. En 1949, les syndicats ont acquis le droit légal de négocier, non seulement le salaire direct de leurs adhérents, mais également tout complément du salaire : primes, congés maladie, congés payés, retraites complémentaires, couverture de frais médicaux. Depuis lors, un employeur ne peut prendre de décision unilatérale concernant la protection sociale de salariés représentés par un syndicat. En négociant des régimes particuliers pour leurs adhérents, le mouvement syndical a participé à l'éclatement de la protection sociale.

Les syndicats ont parfois réussi à créer une protection sociale qui dépasse l'entreprise. Pour certaines branches et certains métiers, les syndicats ont négocié des caisses communes de retraite complémentaire et de couverture maladie. Ces caisses garantissent une continuité de la couverture tant que les salariés travaillent comme adhérents de la même organisation syndicale. Les activités concernées sont caractérisées par une forte mobilité de la main d'œuvre entre un grand nombre de petites entreprises, tels la production cinématographique, les transports routiers, le textile et l'habillement, les métiers du bâtiment. Cependant, les entreprises dont les salariés ne sont pas syndiqués ne participent pas à ce type de caisse. En effet, aux États-Unis, les pouvoirs publics n'ont pas la possibilité d'étendre une convention collective aux entreprises non signataires.

La couverture professionnelle : une solidarité limitée

Un régime professionnel instaure une solidarité au sein du groupe couvert. Par exemple, les salariés âgés bénéficient de la même couverture que les jeunes, alors que leurs frais médicaux sont généralement plus élevés. Ou encore chaque régime finance une couverture familiale pour les salariés qui le souhaitent, ce qui fait que l'employeur – donc, en fin de compte, le collectif des salariés – paie davantage pour les familles. Les régimes professionnels n'appliquent pas le principe de la neutralité actuarielle, mais le principe d'égalité de couverture et de coût pour tous les salariés membres du groupe couvert.

« Seulement 7 % des Américains sont couverts par une assurance souscrite en dehors du cadre de l'emploi salarié. »

Tableau: Couverture maladie de la population en dessous de 65 ans, 2007

Type de couverture	% de la population (< 65 ans)
Régime professionnel	62 %
Medicaid, sous condition de ressources	14 %
Medicare, pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité	3 %
Couverture pour les militaires et les anciens combattants	3 %
Contrat d'assurance individuel ou familial	7 %
Aucune couverture	17 %
Total	*106 %

Source : EBRI 2008

*Le total dépasse 100 % en raison de couvertures doubles. Notamment, les invalides à faibles revenus peuvent recourir à Medicaid pour rembourser des frais non pris en charge par Medicare.

Cette solidarité reste cependant bien limitée. Chaque groupe est formé des salariés d'une seule entreprise ou administration publique, sans mutualisation ou compensation entre les régimes. Ceci entraîne des inégalités de coût de la couverture. Celui-ci dépend de l'état de santé des membres de chaque groupe ; par exemple, le coût pour les groupes relativement âgés est supérieur au coût pour les groupes relativement jeunes. Par ailleurs, le coût par tête est plus faible pour les grands groupes que pour les petits, à garanties égales. Enfin, le coût varie selon la proportion de salariés couverts par le régime professionnel de leur conjoint.

Une autre limite à la solidarité tient aux pratiques des compagnies d'assurance. Pour faire face à la concurrence, elles cherchent à sélectionner leurs clients en excluant les « mauvais risques », c'est-à-dire les personnes susceptibles de requérir des soins coûteux. En pratique, la taille du groupe est un déterminant crucial de l'exclusion. Lorsqu'une grande entreprise s'adresse à un assureur, celui-ci n'enquête pas sur l'état de santé des salariés, étant donné que le coût moyen des soins augmente peu, même si quelques individus ont des problèmes de santé. En revanche, pour une petite entreprise – avec 50 salariés ou moins – l'assureur interroge chaque salarié sur son état de santé. Une personne ayant un problème de santé peut être exclue du contrat ou la compagnie peut refuser d'assurer le groupe ou encore elle peut fixer une prime d'un montant exorbitant. La réalité de la menace de l'exclusion apparaît concrètement dans une loi votée en 1996 qui limite à un an à partir du début du contrat la période

d'exclusion d'individus d'une assurance de groupe (sans régler toutefois le montant de la prime).

Le secteur d'activité et la taille de l'entreprise ont une forte influence sur la fréquence d'une couverture professionnelle. Au total, 74 % des salariés américains sont couverts par leur propre employeur ou par celui de leur conjoint (EBRI 2008, chiffres de 2007). La couverture est plus fréquente – 89 % – dans le secteur public, contre 71 % dans le secteur privé. Au sein du secteur privé, la taille de l'entreprise joue fortement : seulement 49 % des salariés d'entreprises de moins de 10 personnes sont couverts, alors que la proportion est de 80 % dans les entreprises d'au moins 1 000 personnes. De nombreuses PME ne proposent aucune couverture à leurs salariés.

Depuis les années 1970, les employeurs du secteur privé cherchent à limiter leurs dépenses au titre de la couverture maladie. Ils exigent de plus en plus souvent une participation financière des salariés : en 1980, seulement un quart des salariés du secteur privé ayant une couverture professionnelle participaient à son financement ; en 2006, les trois quarts participaient. De plus, les salariés et leur famille paient directement une part de plus en plus importante de leurs frais médicaux, sous la forme de franchises et de co-paiements. Les employeurs cherchent également à contenir leurs dépenses à travers une régulation des soins négociée avec les assureurs ou les fournisseurs de soins.

En outre, les employeurs réduisent le coût des frais médicaux pour les retraités. Par le passé, les employeurs américains finançaient souvent une continuité de la couverture pour les retraités n'ayant pas encore atteint 65 ans, l'âge requis pour bénéficier de *Medicare*. En outre, ils finançaient souvent une couverture complémentaire après 65 ans pour des frais non pris en charge par *Medicare*. Or, depuis les années 1980, les employeurs financent de moins en moins souvent ces garanties. Parfois même ils annulent les garanties promises aux salariés lors de leur départ en retraite.

Au total, la solidarité mise en place à travers les couvertures professionnelles est très limitée. Ce système peut même conduire à l'exclusion de l'emploi des personnes ayant des problèmes de santé. Puisque l'employeur paie l'essentiel du coût de la couverture, il a un fort intérêt financier à éviter d'employer quelqu'un qui a un problème de santé.

Une sécurité sociale pour les personnes âgées ; l'assistance pour les familles pauvres

Plusieurs gouvernements ont tenté d'instaurer une couverture maladie universelle. Dès les années 1930, le gouvernement Roosevelt envisageait cette possibilité, mais il donna la priorité à l'assistance pour les personnes âgées, aux pensions de retraite et à l'assurance chômage. Sous la présidence de Truman, dans les années 1950, le gouvernement fédéral a tenté d'instaurer une couverture nationale pour la santé. La dernière tentative majeure, qui date de la présidence

de Clinton, a échoué en 1994. Pourtant, il existe aux États-Unis une protection sociale nationale pour la retraite et l'invalidité. Ce système fédéral fonctionne en répartition et il est financé par des cotisations obligatoires prélevées sur les salaires (et sur les revenus des travailleurs indépendants).

Faute d'une couverture universelle, le Congrès a instauré en 1965, sous la présidence de Johnson, deux systèmes nationaux d'assurance maladie, l'un pour les personnes âgées et l'autre pour les familles pauvres.

« Si le retrait de la sécurité sociale de la couverture de soins se poursuit, le système français d'assurance maladie pourrait évoluer vers une solidarité fragmentée à l'américaine. »

Medicare concerne les retraités de 65 ans et plus, ainsi que les personnes plus jeunes qui perçoivent une pension d'invalidité fédérale. Comme le régime fédéral de retraite et d'invalidité, ce régime est géré par l'État fédéral. Il est financé principalement par des cotisations versées par les salariés, les employeurs et les travailleurs indépendants. Cette ressource est complétée par des cotisations versées par les bénéficiaires et une participation du budget de l'État fédéral. En 1965, les

partisans d'une couverture universelle considéraient que *Medicare* constituait un pas vers la réalisation de cet objectif, s'imaginant qu'il pourrait se transformer en une couverture pour tous par un abaissement de la condition d'âge. Les propositions effectuées dans ce sens par la suite n'ont pas été suivies d'effet.

Le dispositif pour les familles pauvres, *Medicaid*, est plus décentralisé que *Medicare*. Chaque État gère son propre régime, qu'il co-finance avec l'État fédéral. Les États définissent les conditions d'éligibilité dans un cadre fixé par la loi fédérale. En général, l'accès est réservé aux enfants et à leurs parents. Les seuls individus sans enfants qui en bénéficient sont des pauvres considérés comme inaptes à travailler qui perçoivent un revenu minimum de subsistance (*Supplementary Security Income*). Pour bénéficier de *Medicaid*, les revenus de la famille doivent être faibles et ses membres ne doivent détenir aucun patrimoine, hormis leur résidence. En 1997, l'État fédéral a ouvert aux États la possibilité d'étendre *Medicare* aux enfants de familles éligibles en fonction d'un plafond de ressources supérieur à celui défini auparavant.

On peut considérer que *Medicare* et *Medicaid* ont facilité le maintien de l'«entreprise providence» en subvenant aux besoins de personnes que la couverture liée à l'emploi peut difficilement prendre en charge.

Les personnes sans couverture

Les Américains sans couverture sont nombreux. De nombreux travailleurs indépendants n'ont aucune assurance. Une proportion importante des PME ne propose pas d'assurance maladie à leurs salariés. Les intérimaires et les salariés nouvellement embauchés n'ont pas accès à une couverture professionnelle. En règle générale, les salariés à temps partiel – moins de 35 heures par semaine – sont exclus. Enfin, les chômeurs perdent leur couverture.

Au milieu des années 1980, une loi fédérale a instauré pour les salariés à temps plein licenciés le droit de continuer à bénéficier d'une couverture professionnelle pendant un an et demi moyennant le financement par l'ex-salarié. Peu de chômeurs se prévalent de cette possibilité en raison de son coût. Avec l'augmentation actuelle du chômage, le problème de la couverture des chômeurs se pose avec acuité. Le plan de relance voté en février 2009 prévoit deux solutions pour ce groupe : une subvention qui financera 60 % de leur couverture professionnelle pendant 9 mois ; la possibilité de s'inscrire à *Medicaid* sans condition de ressources. Ces aides sont importantes, mais elles restent dans une logique de couvertures particulières pour des groupes distincts.

Les personnes sans couverture professionnelle peuvent s'adresser à un assureur mais celles qui sont relativement âgées ou qui ont un problème de santé risquent d'être rejetées par celui-ci ou de se voir proposer une prime d'un montant inabordable. Parmi les Américains de moins de 65 ans qui ne sont couverts ni par un régime professionnel, ni par *Medicare*, ni par *Medicaid*, un peu plus d'un quart seulement souscrivent une assurance maladie ; les autres restent non assurés. Ils peuvent se présenter aux services d'urgence des hôpitaux, tenus de les soigner même s'ils n'ont pas la possibilité de payer.

Conclusion et retour à la France

On peut voir dans les personnes sans couverture une manifestation de la liberté de choisir d'acheter une assurance maladie ou d'autres biens et services. Certains courants politiques aux États-Unis considèrent que les individus sont mieux à même de prendre cette décision que toute instance politique. L'idéologie du libre choix individuel, ajoutée au fait qu'une majorité de la population est assurée, peut expliquer les difficultés des États-Unis à rendre universelle la couverture maladie.

L'organisation du système actuel engendre des craintes chez la majorité couverte : certains ont peur de voir se dégrader leur couverture ou de voir augmenter son coût. La politologue Marie Gottschalk (2000) attribue au mouvement syndical une certaine responsabilité dans l'échec des tentatives d'instaurer une couverture universelle : les syndicats craindraient de perdre leur influence en tant que négociateurs de régimes propres à leurs adhérents. Enfin, la perspective d'un système obligatoire généralisé soulève l'inquiétude des professionnels de la santé qui peuvent craindre dans ce cas une régulation des soins par les pouvoirs publics.

La France pourrait-elle connaître un éclatement de la couverture maladie comme aux États-Unis ? La question mérite d'être posée. Certes la couverture est plus unifiée en France, mais on voit émerger des couvertures particulières. Les personnes reconnues comme ayant une « affection de longue durée » (ALD) se voient rembourser intégralement leurs frais pour l'affection en question, alors que, pour les autres personnes couvertes par le régime général, la proportion remboursée de leurs frais se réduit progressivement. Une part de plus en plus importante de leurs frais est prise en

charge par une couverture complémentaire. Les complémentaires ressemblent par certains aspects aux régimes professionnels américains. Elles concernent souvent des contrats de groupe, qui couvrent les salariés d'un seul employeur, encouragés par des exemptions fiscales. Les personnes qui souscrivent une garantie en dehors d'un groupe professionnel paient le prix fort. Pour eux, le coût de la complémentaire varie selon leur niveau de risque : les vieux paient davantage que les jeunes. Enfin, une couverture complémentaire est fournie aux pauvres dans le cadre de la CMUC, dont la mise en place peut être interprétée comme la condition permissive d'une réduction de la couverture du régime général. Les dispositifs spécifiques des ALD et de la CMUC visent à compenser, pour les populations les plus fragiles, le retrait de l'assurance maladie générale pour la couverture des soins. Ils sont appelés à prendre une place plus importante si ce retrait se poursuit. Cette évolution peut faire glisser la couverture maladie en France vers une solidarité fragmentée à l'américaine.

Lucy apRoberts

Références :

- EBRI (Employee Benefit Research Institute) (2008), Paul Fronstin, « Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: Analysis of the March 2008 Current Population Survey », *EBRI Issue Brief* No. 321, septembre, www.ebri.org, consulté le 27-11-2008
- Gottschalk, Marie (2000) *The Shadow Welfare State. Labor, Business, and the Politics of Health Care in the United States*, Ithaca : ILR Press.

L'Institut Européen du Salariat est un réseau de chercheurs en sciences sociales attachés à l'analyse sociologique, politique, économique, historique et juridique du salariat.

Le site de l'IES:

www.ies-salariat.org

Les notes de
L'Institut Européen du Salariat

Directeur de la publication: Bernard Friot

Comité de rédaction : Lucy apRoberts, Aurélien Casta, Nicolas Castel, Jean-Luc Deshayes, Bernard Friot, Mathieu Grégoire, Jean-Pascal Higelé, Jean-Vincent Koster, Maud Simonet.

Secrétariat de rédaction: postmaster@ies-salariat.org, IDHE, Université Paris Ouest Nanterre, Maison Max Weber, 200, av.de la République, 92001 Nanterre cedex 01.

ISSN: 1969-6442