

SÉNAT

PREMIERE SESSION ORDINAIRE DE 1987 - 1988

Annexe au procès-verbal de la séance du 20 novembre 1987

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) à la suite d'une mission d'information effectuée du 9 au 20 septembre 1987 par une délégation chargée d'étudier la protection sociale et l'organisation du système de santé aux États-Unis

Par MM. Jean-Pierre FOURCADE, Charles BONIFAY
Charles DESCOURS, Claude HURIET
et Mme Marie-Claude BEAUDEAU

Sénateurs

(1) Cette Commission est composée de : MM. Jean-Pierre Fourcade, *président* ; Louis Souvet, Bernard Lemarié, Henri Collard, Charles Bonifay, *vice-présidents* ; André Rabineau, Charles Descours, Hector Viron, José Balarello, *secrétaires* ; MM. Jean Amelin, Jean Barras, Jean-Paul Bataille, Mme Marie-Claude Beaudeau, MM. Henri Belcour, Georges Benedetti, Guy Besse, Jacques Bimbenet, Marc Boeuf, Louis Boyer, Louis Brives, Jean-Pierre Cantegrit, Marc Castex, Jean Cauchon, Jean Chérioux, François Delga, Franz Duboscq, Claude Huriet, Roger Husson, Louis Lazuech, Henri Le Breton, Roger Lise, François Louisy, Pierre Louvot, Jacques Machet, Jean Madelain, Jean-Luc Mélenchon, André Méric, Mme Hélène Missoffe, MM. Arthur Moulin, Guy Penne, Henri Portier, Guy Robert, Mme Nelly Rudi, MM. Gérard Roujas, Olivier Roux, Franck Sérusclat, René-Pierre Signé, Paul Souffrin, Raymond Tarcy, Georges Treille, François Trucy.

SOMMAIRE

	pages
Avant-propos	4
Programme de la mission	7
Introduction : Quelques données générales sur la protection sociale aux Etats-Unis	12
1. Le développement tardif des mécanismes de protection sociale	12
2. Une structure dualiste	15
a) Les programmes publics de protection sociale	15
b) Les programmes privés de protection sociale	19
3. Les dépenses sociales dans l'économie américaine	20
Première partie : Les retraites	23
I - La couverture de base s'est généralisée mais la couverture complémentaire demeure indispensable	23
A - Une couverture de base généralisée	23
1. Le programme principal de retraite OASI couvre 90 % de la population active	24
2. Une fraction résiduelle de la population est couverte par des régimes spéciaux	31
B - L'importance des couvertures complémentaires	34
1. Les pensions complémentaires privées	34
2. Les autres avantages complémentaires	39
II - Un système de retraite qui évolue à l'abri des déséquilibres financiers	44
A - La crise financière du début des années 1980 a été évitée ...	44
1. La dérive financière s'est poursuivie jusqu'en 1983	45
2. La réforme des retraites de 1983	47
B - Les perspectives d'évolution à moyen et long terme ne font pas apparaître de risque de rupture dans les régimes de retraite ...	50
1. Le programme principal OASI semble durablement équilibré	50
2. L'évolution de la couverture privée	52
Conclusion de la première partie	54

	pages
Deuxième partie : L'organisation du système de santé et la protection contre la maladie	56
I - La juxtaposition des programmes publics et de l'initiative privée n'a pas été capable de généraliser l'assurance-maladie à l'ensemble de la population	57
A - Les programmes publics sont l'expression d'une solidarité limitée	57
1. L'assurance-maladie pour les retraites : Medicare	57
2. L'assistance médicale pour les plus défavorisés : Medicaid	63
B - La couverture privée est marquée par la concurrence et la diversification	66
1. Les formes traditionnelles de protection privée	66
2. L'évolution de la couverture privée : HMO et PPO	70
C - Des lacunes de moins en moins acceptables dans la protection contre la maladie	74
1. Les risques insuffisamment couverts : les maladies longues et coûteuses	75
2. Le nombre croissant de personnes non assurées	77
II - Un système de santé en mutation	82
A - Les dépenses de santé atteignent un niveau inégalé	83
1. Les facteurs de l'augmentation des dépenses de santé	83
2. Le niveau des dépenses de santé en 1986	85
B - La généralisation des formules de pré-paiement	88
1. La notion de pré-paiement se généralise avec la nouvelle tarification hospitalière	89
2. La généralisation du pré-paiement se traduit par une légère décélération des dépenses	92
C - Les distributeurs de soins sont confrontés à des pressions de plus en plus fortes des financeurs et des consommateurs	95
1. La pression des financeurs de soins exacerbe la concurrence	95
2. La pression des consommateurs affaiblit la position des distributeurs de soins: la responsabilité civile des médecins	98
Conclusion de la deuxième partie	100
Troisième partie : Le SIDA aux Etats-Unis	102
I - Données épidémiologiques sur le SIDA aux Etats-Unis	102
A - Données générales sur les Etats-Unis et éléments de comparaisons internationales	103
1. Le nombre de personnes séropositives	103
2. Le nombre de malades atteints du SIDA	103
B - Le SIDA à San Francisco	104
1. Les caractéristiques épidémiologiques	105
2. L'évolution épidémiologique	105

	pages
II - La politique des pouvoirs publics et les conséquences financières de la maladie	107
A - La politique des pouvoirs publics	107
1. La prévention et l'information publique	107
2. Le dépistage	108
3. L'organisation des soins	109
B - Les conséquences financières de la maladie	110
1. Les conséquences financières pour les collectivités publiques	110
2. Les conséquences sur les dépenses de protection sociale ..	110
Conclusion de la troisième partie	111
Conclusion générale	113

Mesdames, Messieurs,

Après deux décennies d'augmentation croissante des transferts sociaux, la plupart des pays industrialisés du monde occidental connaissent de réelles difficultés dans le financement de la protection sociale.

Le très vaste débat engagé actuellement en France sur l'évaluation de notre sécurité sociale et les moyens de la sauvegarder doit également s'enrichir des enseignements tirés d'expériences étrangères.

Comme par le passé, la commission des Affaires Sociales du Sénat entend s'intéresser aux problèmes de sécurité sociale dans les nations comparables à la nôtre, tant par leur mode d'organisation économique que par leur niveau de développement. C'est dans cette perspective qu'elle a envoyé une délégation en Grande-Bretagne en 1984 puis en Suède en 1985. De même, une délégation de la commission s'est rendue aux Etats-Unis du 9 au 20 septembre 1987 afin d'y étudier la protection sociale et l'organisation du système de santé.

Le système de sécurité sociale aux Etats-Unis est à la fois plus complexe et moins complet que le système français. Il ne vise pas à réaliser une couverture obligatoire et généralisée et ne comporte pas de prestations familiales. Il est marqué par la juxtaposition de régimes publics et de programmes privés et décentralisés. Il est cependant confronté globalement à des difficultés analogues à celles constatées en France - croissance soutenue des dépenses et insuffisance du financement- ce qui renforce l'intérêt de l'étude.

La délégation s'est donc fixée pour objectif de tenter d'apprécier l'efficacité d'un système fondé sur la pluralité et la concurrence des organismes de protection sociale face aux contraintes financières engendrées par la croissance des dépenses.

Cette délégation, conduite par M. Jean-Pierre Fourcade, Président de la Commission des Affaires Sociales, était également composée de MM. Charles Bonifay, Charles Descours, Claude Huriet et de Mme Marie-Claude Beaudeau. Elle était accompagnée de M. Etienne Sallenave, administrateur des services du Sénat.

Son séjour s'est déroulé en deux étapes :

- une première étape de trois jours, à Washington, était consacrée à des entretiens avec les principaux intervenants au niveau national en matière de santé et de protection sociale et devait permettre de se faire une idée d'ensemble du système ;

- une seconde étape de huit jours, à San Francisco puis Los Angeles était quant à elle destinée à compléter cette vue générale par les constatations effectuées sur le terrain, dans un état, la Californie, considéré de l'avis général comme le plus "en pointe" et le plus représentatif des évolutions du système américain.

La délégation a participé à près de 25 entretiens, visites ou rendez-vous, auxquels il convient d'ajouter les contacts toujours très utiles qui ont pu être établis avec des responsables et spécialistes des questions sociales, lors de quatre déjeûners ou dîners de travail.

Ces entretiens ont permis d'établir cinq types de contacts :

- avec les parlementaires siégeant dans les instances compétentes en matière sociale du Sénat et de la Chambre des Représentants ;

- avec les responsables fédéraux ou locaux, gestionnaires des fonds publics consacrés à l'assurance-vieillesse et l'assurance-maladie ;

- avec les grands organismes privés de protection sociale ;

- avec les représentants du corps médical et les gestionnaires des différents types d'hôpitaux (publics, privés, centres d'hébergement des personnes âgées) ;

- enfin, avec des intervenants indépendants : instituts de recherche sur la santé et la protection sociale, universitaires et journalistes.

La délégation tient ici à remercier vivement l'ensemble des personnalités qui l'ont reçue pour l'amabilité et la qualité de leur accueil. Elle exprime également sa gratitude à M. Joe Rodgers, Ambassadeur des Etats-Unis à Paris et aux services du Gouvernement américain pour leur contribution décisive à l'organisation et au

déroulement de la mission, notamment par la mise à disposition de la délégation, pour l'ensemble du séjour, de deux interprètes d'excellent niveau. Elle remercie enfin M. Alfred Siefert-Gaillardin, Ministre conseiller à l'ambassade de France à Washington, M. Pierre Viaux, consul général de France à San Francisco, M. Bernard Miyet, consul général de France à Los Angeles, ainsi que leurs collaborateurs pour leur participation très efficace à la préparation et à la bonne marche de sa mission.

PROGRAMME DE LA MISSION

Mercredi 9 septembre : Washington

- 11 H 00 - Départ pour Washington, via New York
- 11 H 30 - Arrivée à Washington
Déjeuner d'accueil en présence de M. Pernet, deuxième conseiller à l'Ambassade de France aux Etats-Unis, M. Debeaupuis, attaché scientifique et du Dr Belard, attaché médical militaire.
- 15 H 00 - Exposé introductif sur le système de santé américain par M. Sean Sullivan, universitaire
- 16 H 30 - Entretien avec M. Orrin G. Hatch, Sénateur républicain de l'Utah, ancien président de la commission des Affaires sociales
- 17 H 30 - Entretien avec M. Edward R. Roybal, représentant démocrate de la Californie

Jeudi 10 septembre : Washington

- 9 H 00 - Entretien avec le Dr John Zapp, directeur à l'American Medical Association
- 10 H 45 - Réunion à l'Employee Benefits Research Institute, en présence de Mme Emily Andrews, directeur de recherche
- 12 H 30 - Déjeuner offert par M. Alfred Siefert-Gaillardin, ministre conseiller
- 14 H 30 - Entretien avec M. David Nexon, conseiller pour la politique de santé du Sénateur Edward Kennedy, président de la commission des Affaires sociales
- 16 H 00 - Entretien avec M. Ronald Carlson, administrateur au ministère de la santé
- 19 H 00 - Réception à l'Ambassade de France à l'occasion d'une conférence de M. Jacques Leprette sur le thème de la francophonie
- 20 H 00 - Dîner offert par M. Jean-Claude Dant, conseiller scientifique à l'Ambassade de France

Vendredi 11 septembre : Washington

- 9 H 30 - Entretien avec M. Willis D. Gradison, représentant républicain de l'Ohio
- 10 H 45 - Réunion suivie d'un déjeuner à l'Institute for Health Policy Analysis, en présence du Dr Edward Berger, directeur et du Dr Seymour Perry, directeur adjoint
- 14 H 30 - Entretien avec M. Richard B. Groppe, vice-président de Blue Cross - Blue Shield Association
- 15 H 45 - Réunion au ministère de la santé avec M. William L. Roper, administrateur
- 16 H 30 - Entretien avec Mme Enid Borden, commissaire-adjoint à la sécurité sociale
- 17 H 45 - Entretien avec M. Frederick Colgan, conseiller à la Maison Blanche pour les problèmes de toxicomanie

Samedi 12 septembre : San Francisco

- 9 H 15 - Départ pour San Francisco
- 11 H 20 - Arrivée à San Francisco, accueil par M. Pierre Viaux, consul général de France et le Dr Patrice Laget, attaché scientifique
- 14 H 00 - Visite de la ville de San Francisco

Dimanche 13 septembre : San Francisco

- 10 H 00 - Départ pour une excursion dans la Napa Valley, visite d'une exploitation viticole
- 13 H 00 - Déjeuner organisé par la communauté française de Californie
- après-midi - Visite de la forêt de Muir Woods et retour à San Francisco

Lundi 14 septembre : San Francisco

- 10 H 00 - Réunion au Laguna Honda Hospital (maison d'hébergement pour personnes âgées) en présence de M. Larry Meredith, directeur. Visite de l'hôpital et du centre de traitement de jour, suivie d'un déjeuner

- 14 H 00 - Table ronde au département de la santé de San Francisco en présence du Dr Peters, directeur adjoint, du Dr Lindeman, directeur de la planification, de Mr Amory, directeur du département du SIDA et du Dr Blum, universitaire
- 18 H 00 - Cocktail à l'exploratorium de San Francisco en l'honneur de l'exposition présentée par la Cité des Sciences et de l'Industrie de La Villette

Mardi 15 septembre : San Francisco

- 9 H 15 - Visite du St Francis Memorial Hospital (hôpital privé à but non lucratif) en présence de Mme Fama, vice-président
- 13 H 30 - Entretiens au San Francisco General Hospital avec les Drs Wofsy, Moss, Clement et Sande, responsables du service d'accueil et de traitement des malades atteints du SIDA
- 20 H 00 - Dîner offert par M. Pierre Viaux, consul général de France

Mercredi 16 septembre : San Francisco

- 9 H 30 - Réunion à l'université de Berkeley avec des enseignants de l'école de santé publique
- 11 H 00 - Réunion à l'université de Berkeley avec des enseignants de l'école de protection sociale
- 14 H 00 - Visite et réunion à Heal Health Plan (HMO)

Jeudi 17 septembre : Los Angeles

- 9 H 00 - Départ pour Los Angeles
- 10 H 20 - Arrivée à Los Angeles, accueil par M. Bernard Miyet, consul général de France
- 14 H 00 - Réunion au Los Angeles Times avec M. Louis Fleming, éditorialiste et M. Allan Parachini, reporter
- 18 H 00 - Entretien avec M. Victor Chaltiel, Salick Health Care et visite d'un centre de traitement anti-cancéreux

Vendredi 18 septembre : Los Angeles

- 9 H 30 -** Réunion au Hawthorne Convalescent Center avec Mme Esther Williams, administrateur. Visite de l'établissement suivie d'un déjeuner
- 14 H 00 -** Réunion au siège du National Medical Enterprises (groupe hospitalier privé commercial) avec M. Michael Ford, vice président - Visite de l'établissement
- 18 H 00 -** Réception chez M. et Mme Bernard Miyet à l'occasion de la venue à Los Angeles du ballet de l'opéra de Lyon

Samedi 19 septembre : Los Angeles

- 10 H 00 -** Visite du Paul Getty Museum à Malibu
- 14 H 00 -** Visite de la ville de Los Angeles et des environs
- 22 H 00 -** Départ pour Paris

Il était difficile de prétendre se livrer, en moins de deux semaines, à une étude exhaustive de la protection sociale et du système de santé aux Etats-Unis, dans ses aspects les plus divers. Aussi, la délégation s'est-elle attachée à se forger une idée d'ensemble avant de porter son attention sur des points plus particuliers.

Eile a voulu tout d'abord analyser l'assurance-vieillesse et l'assurance-maladie, qui constituent l'essentiel de la protection sociale et en conditionnent l'évolution. Elle s'est ensuite intéressée à un problème de santé spécifique ; celui du SIDA. Elle a en effet estimé que l'évolution de la maladie aux Etats-Unis et ses conséquences sur les régimes de protection sociale pouvaient être riches en enseignements pour ceux que cette grave question préoccupe en France.

Ces trois sujets seront examinés tout à tour dans le rapport mais il paraît utile d'apporter, en guise d'introduction, quelques données générales sur la protection sociale aux Etats-Unis.

*

* *

INTRODUCTION : QUELQUES DONNÉES GÉNÉRALES SUR LA PROTECTION SOCIALE AUX ÉTATS-UNIS

Nous évoquerons brièvement ici les principales données historiques, institutionnelles et économiques qui permettent de comprendre la formation du système de protection sociale, les principes de son organisation actuelle et son poids dans l'économie américaine.

1 - Le développement tardif des mécanismes de protection sociale

Si la mise en place de régimes de protection sociale s'est effectuée dès la fin du XIXe siècle en Allemagne et au début du XXe siècle en Grande-Bretagne, elle remonte seulement à l'entre-deux guerres pour les États-Unis, comme pour la France. De même, alors que la France et la Grande-Bretagne disposaient, au lendemain de la seconde guerre mondiale, d'un système de sécurité sociale généralisé, il aura fallu attendre les années 1960 et 1970 pour que les États-Unis complètent leur législation nationale de protection sociale. Cette évolution, en décalage par rapport à l'Europe, peut être schématisée en distinguant trois étapes.

Une première étape au début du siècle, voit apparaître les premières formes de couverture sociale, essentiellement du fait d'entreprises ou de compagnies d'assurance.

Quelques grandes entreprises établissent à l'intention de leur personnel des plans de pension et mettent en place des services de santé. Parallèlement, certains syndicats constituent des caisses d'assurances sociales, notamment dans le secteur minier. Les compagnies d'assurances proposent bien sûr à leurs clients des formules de protection contre la maladie.

Comme l'initiative privée, l'intervention publique reste très décentralisée et fort disparate d'état à état. Elle se limite essentiellement à quelques programmes d'assistance destinés aux plus démunis.

Une législation sociale commence cependant à apparaître peu à peu. En 1909, l'état de New York adopte une loi instituant l'assurance obligatoire contre les accidents du travail. Un programme

analogue destiné aux fonctionnaires fédéraux (*Workers' Compensation*) est créé en 1920.

La première guerre mondiale entraîne l'adoption d'une législation spécifique aux anciens combattants. Le programme *Veterans' Compensation*, créé en 1917, octroie des pensions aux anciens combattants et à leur famille. Le programme *Veterans' pensions*, institué en 1933 verse quant à lui des prestations aux anciens combattants âgés et démunis ou invalides.

L'année 1935 marque sans aucun doute le début d'une deuxième étape, après l'adoption sous l'impulsion du président Roosevelt, du *Social Security Act*.

Au moment où la grande crise économique des années trente privait d'emploi des millions d'américains, la nouvelle législation se fixait pour objectif de prémunir les individus et leurs familles contre les privations engendrées par le chômage et de leur garantir une retraite.

Le *Social Security Act*, première législation nationale en matière de sécurité sociale aux Etats-Unis, comportait trois volets :

- les assurances sociales, comprenant l'assurance-vieillesse, l'assurance décès et l'assurance chômage ;

- l'assistance publique en faveur des indigents, avec l'aide aux vieillards, aux aveugles nécessiteux et aux familles ayant des enfants à charge ;

- les services de santé publique, comprenant les services sociaux à l'enfance, les services en faveur des enfants infirmes et les services de maternité et de pédiatrie.

L'assurance vieillesse, financée par des cotisations des employeurs et des salariés est étendue en 1939 aux ayants-droit et devient l'*O.A.S.I. : Old Age and Survivors Insurance*. Elle verse ses premières allocations en 1940.

Le *Social Security Act* va rester pendant près de trente ans la base de la protection sociale publique aux Etats-Unis. L'action du gouvernement fédéral va se limiter à compléter les prestations existantes et à étendre les catégories de bénéficiaires.

C'est ainsi qu'est créé en 1937 un régime d'assurance vieillesse invalidité pour les cheminots et leurs familles (*Railroad Retirement and Disability System*).

Les années 1950 sont marquées par un relèvement très important du niveau des prestations qui n'avait pas suivi l'inflation d'après-guerre, et par l'extension de la sécurité sociale aux ouvriers agricoles, aux travailleurs indépendants, aux militaires, aux employés de maison et aux fonctionnaires fédéraux non couverts par un régime spécifique.

En 1956 est créée l'assurance-invalidité (*Disability Insurance*) financée par une cotisation distincte, au profit des travailleurs handicapés et des personnes à leur charge.

Enfin, au cours d'une troisième étape, le gouvernement fédéral va procéder à une extension notable de la couverture sociale en instituant des programmes publics dans le domaine de la maladie, jusqu'alors réservé à l'initiative privée.

Il faut en effet préciser que l'idée d'un système national obligatoire d'assurance maladie fut périodiquement repoussée, en raison notamment de la ferme opposition du corps médical. Reprise par le président J.F. Kennedy puis par le président Johnson, cette idée se concrétise partiellement après 1965.

C'est en effet en 1965 que sont établis les deux seuls programmes publics de protection contre la maladie actuellement en vigueur aux Etats-Unis.

Le programme *Medicare* complète la sécurité sociale et procède d'une logique d'assurance. Financé par des cotisations obligatoires des employeurs, des salariés et des travailleurs indépendants, il s'adresse uniquement aux bénéficiaires de la sécurité sociale, à savoir les retraités et les invalides. Il comprend une assurance hospitalisation et une assurance volontaire supplémentaire.

Le programme *Medicaid* relève quant à lui de l'aide sociale et couvre les soins médicaux des personnes disposant de faibles revenus. Financé conjointement par le gouvernement fédéral et les états, il relève, pour sa gestion, de la compétence des états dans le cadre de normes nationales.

Ces deux programmes entraînent une forte augmentation des dépenses publiques de protection sociale, mais la couverture privée reste toujours dominante dans le domaine de la maladie. Le début des années 1970 connaît enfin une nouvelle extension des prestations sociales, avec l'instauration d'un revenu garanti supplémentaire (*Supplementary Security Income*) en faveur des personnes âgées dans le besoin, des aveugles et des handicapés.

Depuis une dizaine d'années, le système a peu évolué. Les gouvernements successifs prennent conscience de l'augmentation croissante des coûts, de leur poids de plus en plus lourd sur les finances publiques. La maîtrise des dépenses sociales devient un objectif de l'administration républicaine au pouvoir depuis 1980. Elle engage une réforme du régime de retraite et une réforme du *Medicare* fondée sur une nouvelle tarification hospitalière. Malgré ces mesures, les problèmes de financement restent posés alors qu'apparaissent de plus en plus nettement les lacunes d'un système qui s'est refusé à généraliser la couverture sociale.

2. Une structure dualiste

Comme l'indiquait un des interlocuteurs de la délégation, il n'est pas possible de parler de système de sécurité sociale à propos des Etats-Unis. En l'absence de conception globale de la couverture des risques sociaux, à l'image du plan Beveridge en Grande-Bretagne ou du plan de sécurité sociale français, les Etats-Unis ont connu une évolution au coup par coup. Il en résulte un ensemble complexe de structures marqué par la juxtaposition de programmes publics et privés de protection sociale.

a) Les programmes publics de protection sociale

Une remarque s'impose tout d'abord. Il n'existe pas comme en France de structure autonome chargée de gérer les prestations sociales à financement public. Les fonds correspondant aux programmes publics de protection sociale sont directement gérés par l'administration fédérale et, éventuellement, par les administrations locales. Ces fonds proviennent bien en partie de cotisations des employeurs et des salariés mais ceux-ci ne sont pas associés à la gestion des programmes.

Il faut également réserver une mention particulière à l'assurance chômage (*Unemployment Insurance, U.I.*) qui n'entre pas directement dans le champ de la sécurité sociale mais qui a été étendue

à 97 % des salariés américains, dans le cadre de 50 programmes mis en oeuvre par les états en respectant des normes fédérales. Le programme est financé par des cotisations patronales prélevées au niveau de l'Etat fédéral et de chaque état fédéré, deux états prélevant également une cotisation salariale. Les états déterminent les modalités précises d'ouverture des droits : une durée minimale d'activité antérieure est toujours exigée. Ils fixent également le montant et la durée de versement des prestations, généralement comprise entre 6 et 9 mois.

S'agissant de la sécurité sociale proprement dite, on peut distinguer deux types de programmes, selon qu'ils relèvent de l'assurance ou de l'assistance.

- les assurances sociales

*** une couverture généralisée en matière de vieillesse, invalidité et accidents du travail**

Ces trois domaines sont sans doute ceux pour lesquels la couverture sociale a été le mieux généralisée.

L'ensemble des travailleurs américains sont couverts par un régime de retraite obligatoire.

Le plus important d'entre eux est le programme principal de retraite *O.A.S.I. (Old Age and Survivors Insurance)* qui couvrait en 1985 115,5 millions de cotisants, soit à peu près 90 % de la population active. Il est financé par des cotisations paritaires à la charge des employeurs et salariés et par une cotisation spéciale pour les travailleurs indépendants.

Les autres régimes de retraite obligatoire couvrent le reste de la population active, à savoir 11,4 millions de fonctionnaires des gouvernements locaux et fédérés, 2,7 millions de fonctionnaires fédéraux et 400.000 cheminots.

Ces trois régimes spéciaux couvrent également l'invalidité, qui est prise en charge, pour le reste de la population, par le programme fédéral *Disability Insurance*, lui aussi financé par des cotisations paritaires.

L'assurance accidents du travail est également généralisée dans le cadre du programme *Workers compensation*, établi au niveau de chaque état. Un programme fédéral spécial intitulé *Black Lung* prend en charge les maladies pulmonaires de 400.000 mineurs de fond.

*** une couverture limitée en assurance-maladie**

Medicare est l'unique programme fédéral d'assurance maladie. Financé par des cotisations obligatoires de tous les employeurs, salariés et travailleurs indépendants, il ne couvre que les personnes retraitées ou invalides, soit environ 30 millions d'américains (13 % de la population totale).

*** l'absence de régime obligatoire de prestations familiales**

Les aides aux familles ne transitent pas par un programme de sécurité sociale comme en France. Elles relèvent de la politique fiscale (dégrèvements pour enfants à charge) ou de l'aide sociale (aide aux familles nécessiteuses).

- Les programmes d'assistance

Les Etats-Unis ont mis en place un grand nombre de programmes d'aide sociale, s'adressant à des catégories spécifiques et qui font largement appel aux financements locaux. Le poids financier de ces programmes s'est fortement accru au cours des vingt dernières années, à un rythme bien supérieur à la progression des dépenses d'assurances sociales. Cette situation s'explique par le maintien d'un taux de pauvreté important, évalué, selon les services officiels, à 15 % de la population en 1983. L'augmentation des interventions publiques a été fortement remise en cause au cours des dernières années. On lui reproche essentiellement de ne pas avoir atteint ses objectifs mais, au contraire, d'avoir maintenu une situation de pauvreté en favorisant les réflexes d'assistance. Le gouvernement républicain s'est employé à redonner aux états locaux de plus larges responsabilités financières et à restreindre les conditions d'accès à certains programmes et le niveau de leurs allocations.

*** les allocations vieillesse : le *Supplementary Security Income (S.S.I.)***

Ce programme établi en 1972 s'adresse aux personnes âgées, handicapées ou aveugles. Financé par fonds fédéraux, avec la possibilité pour chaque état de verser une allocation complémentaire, il prend en compte le montant du patrimoine et des revenus des intéressés, la situation de famille et le lieu de résidence pour le calcul des prestations. Celles-ci sont plafonnées.

*** L'aide médicale : *Medicaid***

Medicaid est le plus importants des programmes d'assistance sociale. L'Etat fédéral participe au financement du programme et fixe des normes d'encadrement mais ce sont les états qui gèrent les prestations et en déterminent le montant, ce qui entraîne de fortes disparités d'état à état. Ainsi, le programme Californien appelé *Medi-Cal* est-il considéré comme l'un des plus complets et des plus favorables ce qui incite certaines personnes à s'installer en Californie.

Les conditions d'ouverture des droits varient bien entendu selon les états. Elles sont assez strictes puisqu'il faut généralement avoir épuisé l'ensemble de ses ressources pour être pris en charge par *Medicaid*. Le programme concerne cependant 22 millions de personnes et représente plus de 10 % des dépenses totales de santé aux Etats-Unis.

*** L'aide aux familles nécessiteuses**

Le programme *A.F.D.C. (Aid to Families with Dependant Children)* comporte une part de financement fédéral mais il est mis en oeuvre par chaque état qui fixe les conditions d'ouverture des droits et le niveau des allocations. Il s'adresse à près de 3,8 millions de familles démunies pour un montant de 16 milliards de dollars, soit une prestation moyenne par famille de 350 \$ par mois.

*** les autres programmes d'assistance**

Le plus notable d'entre eux est constitué par les bons d'alimentation (*Food stamps*) généralisés en 1971 et distribués selon des critères relativement semblables dans tout le pays. Subordonné au

niveau de revenu, il a représenté une charge de 11 milliards de \$ pour le budget fédéral en 1981.

Dans les autres programmes divers, il faut mentionner des aides au logement, les aides de protection maternelle et infantile et les aides aux anciens combattants démunis.

b) Les programmes privés de protection sociale

Les programmes privés sont bien entendu plus difficiles à définir et à regrouper que les programmes publics en raison de leur extrême diversité. Ils représentent cependant une part considérable des dépenses sociales.

La part des programmes privés dans les dépenses de pensions se situe environ à 20 % du total, soit un niveau à peu près équivalent à celui constaté en France. Il s'agit là de régimes complémentaires classiques, à la seule différence qu'aucune loi ne les rend obligatoires. Chaque entreprise reste libre de proposer à ses salariés un plan de pension privé : 50 % des salariés environ sont couverts.

C'est incontestablement en matière de maladie que la dépense privée est la plus importante. Les programmes publics ne couvrent que les retraités, les invalides et les plus démunis, ce qui représente 40 % des dépenses. La majorité de la population doit donc recourir à une protection privée qui fait face à près de 35 % des dépenses, 25 % restant à la charge de l'intéressé.

On distingue, dans le domaine de la maladie, trois grands types d'institutions privées :

- les compagnies d'assurance, qui vendent des polices individuelles ou de groupe ;

- les "*Blues*" (*Blue cross - Blue Shield*), associations émanant à l'origine des milieux médicaux et hospitaliers, qui fournissent directement des services médicaux moyennant une souscription régulière, individuelle ou collective.

- les plans indépendants, dont la forme la plus connue est celle des réseaux coordonnés de soins (*Health Maintenance*

Organization ou H.M.O.) L'inscription dans une H.M.O. moyennant une cotisation forfaitaire ouvre droit à la fourniture d'un ensemble coordonné de services de soins et de médecine préventive, avec un personnel médical salarié.

Cette typologie est cependant aujourd'hui dépassée avec l'apparition de nouvelles formules sous la pression des entreprises, qui tentent de maîtriser l'augmentation des dépenses qu'elles engagent au titre de l'assurance maladie de leurs salariés.

Ainsi, la formule des fournisseurs de soins privilégiés (*Preferred Providers Organization ou P.P.O.*) permet-elle aux entreprises et aux compagnies d'assurance de contracter, pour chaque type de soins, avec le fournisseur qui présente les tarifs les plus intéressants.

Enfin, malgré la logique de marché qui tend à multiplier les contrats "discount" entre fournisseurs de soins et consommateurs, certaines entreprises ont recours à l'auto-assurance et couvrent elles-mêmes les frais de santé de leurs employés.

Cette assurance maladie privée est généralement prévue dans le cadre de l'entreprise, le salarié pouvant être amené à y contribuer. Elle n'est pas rendue obligatoire, ce qui oblige les personnes non couvertes à souscrire une assurance individuelle, si elles en ont les moyens, ou à demeurer sans protection.

3. Les dépenses sociales dans l'économie américaine

En l'absence de séries statistiques homogènes, il est difficile d'évaluer significativement la place des dépenses sociales dans l'ensemble de l'économie américaine.

Une première indication peut être donnée par les statistiques établies par l'O.C.D.E. dans une étude parue en 1985. L'O.C.D.E. ne prend en compte que les dépenses sociales d'origine publique au titre de la santé, des pensions, de l'indemnisation du chômage et de l'assistance sociale. Elle met en évidence, en ce qui concerne les Etats-Unis, deux constatations :

- la place croissante de la protection sociale dans les dépenses publiques (sa part passe de 26 % en 1960 à 31,5 % en 1970 et 42,5 % en 1981) ;

- les dépenses publiques de protection sociale s'accroissent beaucoup plus vite que le P.I.B. (Elles représentent 7,3 % du P.I.B. en 1960, 10,4 % en 1970 et 15,2 % en 1981).

Sur le plan international, les Etats-Unis restent cependant un des pays qui consacre la plus faible part de ses finances publiques à la protection sociale. Selon les critères retenus par l'O.C.D.E., le pourcentage des dépenses publiques sociales dans le P.I.B. variait ainsi selon les pays en 1981 :

Pays-Bas	29,1 %
Suède	26,7 %
R.F.A.	26,3 %
France	23,7 %
Italie	22,5 %
Royaume-Uni	17,8 %
Etats-Unis	15,2 %
Canada	15,0 %
Japon	12,4 %

Aux Etats-Unis, ces dépenses publiques de protection sociale se ventilaient ainsi en 1980 :

Assurances sociales	213 milliards de \$, 74 % du total
dont :	
vieillesse	125 milliards de \$
maladie	37 milliards de \$
chômage	18 milliards de \$
Assistance	75 milliards de \$, 26 % du total
dont:	
aide médicale	14,5 milliards de \$
aide aux familles	7,3 milliards de \$
minimum vieillesse	6,4 milliards de \$

Ces éléments doivent bien entendu être complétés par les avantages sociaux pris en charge par la protection sociale privée, plus développée aux Etats-Unis que dans les autres pays de l'O.C.D.E.

Pour cette même année 1980, les dépenses totales de pensions, publiques et privées atteignaient 6,2 % du P.N.B., les dépenses totales de santé se montant quant à elles à 9,1 % du P.N.B.

Depuis cette date, la tendance à l'augmentation s'est poursuivie, puisque les dépenses totales de retraite se situaient autour de 7 % du P.N.B. pour 1986, les dépenses de santé se montant à 10,9 %. A titre indicatif, on peut rappeler que la France consacrait au même moment 10,4 % du P.N.B. aux dépenses de retraite, mais 9 % seulement aux dépenses de santé.

*

* *

Les données générales de la protection sociale aux Etats-Unis ayant été présentées, la délégation souhaite maintenant aborder les sujets qui ont plus particulièrement retenu son attention.

Deux d'entre eux, les problèmes de retraite et d'assurance maladie, constituent les éléments déterminants de tout système de sécurité sociale. Les informations recueillies par la délégation permettent d'en dresser une présentation rapide, mais surtout d'évoquer les évolutions les plus récentes et les perspectives.

Le troisième sujet d'étude retenu par la délégation concerne le SIDA, qui a fait l'objet de plusieurs entretiens, principalement à San Francisco. Ici, encore, il a été possible d'obtenir de très utiles renseignements sur l'évolution de la maladie et ses conséquences, même s'il est important de souligner la spécificité de la situation américaine, différente à maints égards de la situation européenne.

*

* *

PREMIERE PARTIE : LES RETRAITES

Pour un grand nombre de français, la sécurité sociale s'identifie avant tout à l'assurance maladie. Aux Etats-Unis, le terme désigne principalement le programme public d'assurance vieillesse.

Il y a deux raisons à cela. A l'origine, la création d'un régime d'assurance vieillesse constituait la mesure essentielle du *Social Security Act* de 1935. Depuis lors, le programme a été maintenu et a été étendu à de nouvelles catégories professionnelles, jusqu'à englober aujourd'hui 9 travailleurs sur 10. C'est ainsi dans le domaine de la vieillesse que s'est le mieux concrétisée l'idée de sécurité sociale aux Etats-Unis.

Les pouvoirs publics ont adopté deux approches totalement différentes en matière de maladie et de vieillesse. La protection contre la maladie s'est développée de façon empirique et incomplète sans parvenir à éviter une dérive des coûts. La situation des retraites présente en revanche un visage plus serein, puisque la généralisation s'est effectuée sans déséquilibre durable des dépenses.

I - LA COUVERTURE DE BASE S'EST GENERALISEE MAIS LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE DEMEURE INDISPENSABLE -

Dans un pays très méfiant vis à vis des formules d'assurances sociales obligatoires, l'extension d'une couverture vieillesse à l'ensemble de la population peut être considérée comme une réussite. Le tableau doit cependant être nuancé. En effet, la couverture complémentaire, souvent indispensable pour obtenir un bon niveau de retraite, reste encore assez inégalement répartie.

A - Une couverture de base généralisée

Certaines catégories professionnelles comme les fonctionnaires ou les cheminots bénéficient depuis fort longtemps d'une protection en matière de retraite, à l'image des ressortissants des régimes spéciaux en France. Mais c'est par le biais du programme principal *O.A.S.I. (Old Age and Survivors Insurance)* que la couverture s'est étendue à toutes les autres catégories de la population.

1. Le programme principal de retraite O.A.S.I. couvre 90 % de la population active

En 1935, 15 % seulement des salariés du secteur privé étaient couverts pour la retraite et ce dans le cadre de plan de pension mis en place par leur entreprise. Le Social Security Act de 1935 instaure le programme O.A.S.I. qui connaîtra depuis lors une extension considérable.

. Le champ d'application du programme O.A.S.I.

Le programme O.A.S.I. concernait à l'origine des salariés de l'industrie et du commerce. Dès 1939, le Congrès décide d'accorder les prestations du programme aux personnes à charge ou aux survivants du travailleur retraité.

Au cours des années 1950, le programme inclut de nouvelles catégories socio-professionnelles : employés agricoles et employés de maison, membres des forces armées, travailleurs indépendants, ministres du culte. Sous certaines conditions, les fonctionnaires des états fédérés et des gouvernement locaux qui n'étaient pas couverts par un régime spécial purent entrer dans le programme principal.

Enfin, une nouvelle extension a été réalisée en 1983 au profit des employés des organismes à but non lucratif et des fonctionnaires fédéraux recrutés à partir de 1984.

Selon les services fédéraux, le programme *O.A.S.I.* comptait en 1986 plus de 124 millions de cotisants et liquidait des pensions au profit de 33 millions d'américains (23 millions de retraités, 10 millions d'ayants-droit). Il couvre donc environ 90 % de la population, contre 60 % seulement en 1937.

. le financement du programme O.A.S.I.

Le financement du fonds fédéral O.A.S.I. s'effectue à plus de 95 % par des cotisations des employeurs, des employés et des travailleurs indépendants.

Pour mémoire, il faut mentionner, au titre des recettes, les revenus financiers tirés des réserves du programme, placées en

obligations d'Etat. Le rendement de ce poste dépend bien entendu du montant des réserves en fin d'année. Au cours des trois dernières années, la part des produits financiers s'est située entre 1 % et 1,5 % du total des recettes (3 milliards de \$ en 1986, soit 1,55 % des recettes).

Une nouvelle source de recettes est apparue à partir de 1984 : le produit de l'imposition des retraites les plus élevées, toutes les retraites étant non-imposables avant 1984. Ce poste est lui aussi fort minime puisqu'il représente, depuis 1984, un peu plus de 1,7 % des recettes (3,4 milliards de \$ en 1986).

On voit donc que l'essentiel des ressources provient des contributions. Une part résiduelle de ces contributions est versée par l'Etat, au titre des fonctionnaires pris en charge par le programme. Le reste est constitué par les cotisations des personnes du secteur privé couvertes par le programme.

Le régime des cotisations présente deux similitudes avec le système français : l'existence d'un plafond et le partage des cotisations entre employeurs et salariés. Mais il obéit au principe de paritarisme (la cotisation de l'employeur est égale à celle du salarié) et prévoit un taux de cotisation spécifique pour les travailleurs indépendants.

Le plafond : son montant est indexé annuellement sur l'évolution du taux de salaire moyen. Il est, pour 1987 de 43.800 \$ par an, soit l'équivalent d'un salaire mensuel de 3.650 \$.

Les cotisations : la cotisation de l'employeur, comme celle du salarié, s'applique au salaire annuel sous plafond. Elle était de 1 % lors de la mise en place du programme en 1937 et a été progressivement augmentée par la suite. Elle est désormais de 5,2 %.

La cotisation des travailleurs indépendants : Lors de l'entrée des travailleurs indépendants dans le programme, en 1951, leur cotisation était égale à la cotisation de l'employeur majorée de 50 %. Ce système a fonctionné jusqu'en 1983. A partir de 1984, la cotisation des travailleurs indépendants a été augmentée : elle représente la somme de la cotisation employeur et de la cotisation salarié, soit 10,4 % actuellement.

Evolution des taux des cotisations au programme O.A.S.I. depuis 1937

Année	Plafond annuel de cotisations (en dollar)	Taux de la cotisation employeur (en %)	Taux de la cotisation salariée (en %)	Taux de la cotisation travailleur indépendant
1937	3.000	1,0	1,0	-
1950	3.600	1,5	1,5	2,25
1960	4.800	2,75	2,75	4,125
1965	4.800	3,375	3,375	5,025
1970	7.800	3,65	3,65	5,475
1975	14.100	4,375	4,375	6,185
1980	25.900	4,52	4,52	6,2725
1981	29.700	4,7	4,7	7,025
1982	32.400	4,575	4,575	6,8125
1983	35.700	4,775	4,775	7,1125
1984	37.800	5,2	5,2	10,4
1985	39.600	5,2	5,2	10,4
1986	42.000	5,2	5,2	10,4
1987	43.800	5,2	5,2	10,4

De nouvelles augmentations de cotisations sont prévues pour les prochaines années. La cotisation employeurs-salariés devrait passer à 5,53 % en 1988 et 5,6 % en 1990, la cotisation travailleurs indépendants suivant la même évolution.

Ces modifications de taux doivent permettre de faire face aux dépenses prévisibles, tout en maintenant une réserve de sécurité au cas où une baisse d'activité économique créerait des difficultés de trésorerie.

A titre de comparaison, on peut rappeler que le taux de la cotisation d'assurance vieillesse pour le régime de sécurité sociale français est de 14,8 %, dont 8,2 % à la charge de l'employeur et 6,6 % à la charge du salarié.

Pour 1987, la cotisation pour un salarié américain cotisant au plafond s'élevait à 4.555,2 \$, répartis à égalité entre l'employeur et le salarié. D'après les estimations fédérales, la cotisation moyenne

s'établissait à 1886 \$ (le salaire moyen étant de 18.136 \$ par an sans tenir compte des montants de salaires dépassant le plafond).

. le calcul des prestations

Que la prestation soit versée au retraité, à une personne à charge ou au conjoint survivant, elle est calculée à partir d'un montant de référence appelé *Primary Insurance Amount (P.I.A.)*. Tous les avantages servis par le programme de retraite sont déterminés en fonction de ce montant de base.

Il est calculé en deux étapes :

1ère étape : le salaire d'activité perçu au cours des années ayant donné lieu à cotisations, corrigé en fonction de l'érosion monétaire, permet d'obtenir le salaire mensuel moyen indexé (*Average indexed monthly earnings*).

2ème étape : le montant de base de la retraite représente un pourcentage du salaire mensuel moyen, mais au lieu d'appliquer un taux uniforme, on emploie un barème fortement dégressif.

Ainsi, en 1987, la retraite de base, prise à l'âge normal de 65 ans, était égale à :

- 90 % du salaire mensuel moyen compris entre 0 et 310 \$;
- 32 % du salaire mensuel moyen compris entre 310 et 1.866 \$;
- 15 % du salaire mensuel moyen compris entre 1.866 \$ et le plafond.

Les tranches du barème sont réévaluées chaque année.

L'application de cette formule avantage les revenus les plus modestes, en leur assurant un meilleur taux de remplacement du salaire. En effet, le travailleur qui a cotisé à plein temps sur la base du salaire minimum retrouvera pour sa retraite 58 % de son salaire antérieur. Le taux de remplacement moyen, correspondant à un travailleur ayant cotisé à plein temps au niveau du salaire moyen, se monte à 41 %. Enfin, pour le travailleur qui a cotisé au niveau maximum, le taux de remplacement n'est que de 27 %. Cette catégorie

est relativement peu nombreuse puisqu'elle représente 15 % des cotisants en 1975 et 6 % seulement en 1986.

La retraite de base peut être complétée par une allocation aux personnes à la charge du retraité.

Le conjoint ou le conjoint divorcé âgé de 65 ans a droit à une allocation équivalente à 50 % de la retraite de base. Il en est de même pour les enfants à charge de moins de 18 ans ou de plus de 18 ans lorsqu'ils sont handicapés. De même, l'épouse qui élève un enfant de moins de 16 ans ou un enfant handicapé reçoit une allocation similaire, quel que soit son âge.

Le conjoint survivant, même s'il est divorcé, peut obtenir à 65 ans une pension de réversion représentant 100 % de la retraite de l'assuré décédé. Une pension d'orphelin égale à 75 % de la retraite est versée au titre des enfants à charge de moins de 18 ans ou handicapés. Les parents, lorsqu'ils sont à charge et âgés de plus de 62 ans ont également droit à une pension de réversion.

. Les conditions d'ouverture des droits

Le bénéfice des prestations du programme *O.A.S.I.* requiert une durée minimale d'assurance qui est en règle générale de 40 trimestres. Le trimestre ne représente pas une période de cotisation mais un montant déterminé de salaire. Ainsi, en 1987, un trimestre est acquis pour chaque fraction du salaire égale à 460 \$. Le nombre de trimestres acquis au cours d'une année, qui peut être supérieur à quatre, varie ainsi en fonction du salaire soumis à cotisation.

La condition principale d'ouverture des droits est une condition d'âge. L'âge normal de la retraite est fixé à 65 ans.

C'est à 65 ans que le travailleur peut obtenir la retraite à taux plein, et la veuve une pension de réversion égale à la retraite du conjoint décédé.

Le programme *O.A.S.I.* prévoit toutefois une retraite anticipée à partir de 62 ans pour le travailleur lui-même et à 60 ans pour le conjoint survivant en cas de décès. Dans ce cas, la retraite ou la pension de réversion subit une réduction pour chaque mois d'anticipation par rapport à l'âge normal de départ (le coefficient de réduction est de 5/9 de 1 % par mois pour les retraites et de 19/40 de 1 %

par mois pour les pensions de réversion). Le salarié qui liquide sa retraite à 62 ans obtient 80 % du montant de la retraite de base qu'il aurait obtenu s'il avait travaillé jusqu'à 65 ans. De même, la pension de réversion versée à la veuve à partir de 60 ans ne représente que 71,5 % de la retraite de base.

Les personnes qui retardent leur départ en retraite bénéficient d'une majoration de pension équivalente à 3 % de la retraite de base par année de travail au-delà de 65 ans. Cette majoration cesse en tout état de cause au-delà de 72 ans.

Le cumul emploi-retraite n'est pas interdit par la législation. La pension du retraité qui exerce une activité rémunérée fait l'objet d'un abattement. Cet abattement représente :

- 50 % de la fraction de salaire annuel dépassant 6.000 \$, pour un retraité âgé de moins de 65 ans ;

- 50 % de la fraction de salaire annuel dépassant 8.100 \$, pour un retraité âgé de 65 à 69 ans.

L'abattement n'est plus effectué au-delà de 70 ans.

. Le montant moyen des prestations

Si l'on veut tenter d'évaluer ce que représente le niveau moyen des prestations servies par le programme principal de retraite américain, il faut retenir deux éléments principaux, qui découlent des modalités techniques de calcul des prestations décrites plus haut.

D'une part, l'O.A.S.I. assure un niveau de remplacement du salaire plutôt modeste (41 % en moyenne), plus particulièrement pour les hauts revenus.

D'autre part, la retraite de base peut être significativement augmentée par le jeu des compléments pour personnes à charge.

Toute tentative d'évaluation doit donc prendre en compte au moins deux facteurs : le niveau de salaire antérieur et la situation de famille.

Les chiffres publiés en 1987 par l'administration américaine permettent de donner des ordres de grandeur significatifs.

Le niveau de retraite selon le revenu pour un travailleur prenant sa retraite au 1er janvier 1987 apparaît dans le tableau suivant :

Niveau de salaire	Retraite à 62 ans	Retraite à 65 ans
Salaire minimum	333 \$ par mois	391 \$ par mois
Salaire moyen	502 \$ par mois	593 \$ par mois
Salaire maximum	662 \$ par mois	789 \$ par mois

A la fin de 1986, la pension moyenne était de 488 \$ par mois pour un retraité, 252 \$ pour le conjoint à charge, 204 \$ au titre des enfants à charge et 444 \$ pour le conjoint survivant.

Pour un couple de retraités, le revenu mensuel moyen payé par l'O.A.S.I. était de 832 \$.

En France, la pension moyenne du régime général était en 1985 de 2 070 francs par mois, pour un retraité.

Un dernier élément important doit être précisé : le programme O.A.S.I. a retenu le principe de la non-imposabilité des retraites. Toutefois, depuis 1984, les retraites les plus élevées sont imposables. Cette taxation reste relativement modeste et ne touche en pratique que les personnes disposant d'autres revenus : une moitié de la retraite reste non imposable, l'autre moitié est taxée si l'ensemble des revenus dépasse un plafond annuel (25.000 \$ pour un retraité isolé, 32.000 \$ pour un couple).

En résumé, le programme O.A.S.I. présente quatre caractéristiques :

. les conditions d'ouverture des droits sont peu restrictives ce qui permet d'assurer une retraite à la quasi-totalité de la population.

. les avantages auxiliaires (pensions de personnes à charge, pensions de survivant) représentent une part importante du programme et complètent fréquemment la retraite de base.

. le régime fiscal des retraites reste très favorable.

. le programme ne procure un bon niveau de remplacement du revenu, que pour les salariés modestes. Pour les salaires moyens et supérieurs, le remplacement de la perte de revenu demeure très partiel, d'où la nécessité d'une couverture complémentaire.

2. Une fraction résiduelle de la population est couverte par des régimes spéciaux

Historiquement, c'est dans la fonction publique fédérale ou locale que sont apparus les premiers plans de pension. Ces catégories particulières bénéficient donc depuis longtemps d'une couverture spécifique. Les régimes spéciaux représentent toutefois une part de plus en plus résiduelle de la population couverte, le gouvernement fédéral encourageant sous diverses formes l'affiliation au régime général.

On peut effectuer une brève présentation des caractéristiques essentielles de chacun des trois principaux régimes.

. le régime de retraite des fonctionnaires fédéraux

Le *Civil Service Retirement System (C.S.R.S.)* permet un départ en retraite à un âge variable selon les années de service. L'âge de la retraite est ainsi de 55 ans avec 30 ans de service, 60 ans pour 20 ans de service ou 62 ans pour 5 ans de service. En cas de départ involontaire de l'administration fédérale, la pension peut être acquise dès 50 ans avec 20 ans de service ou même avant si l'intéressé compte 25 ans de service. Enfin, en cas d'invalidité, le droit à pension est acquis à partir de 5 ans de service.

La pension représente un pourcentage du salaire moyen des trois meilleures années. Ce pourcentage tient compte de la durée de service. Il est de 1,5 % pour les 5 premières années, 1,75 % pour les 5 suivantes et de 2 % pour chaque année au-delà de 10 ans de service. Par rapport au régime général, le régime des fonctionnaires assure un très bon niveau de remplacement du salaire, quel que soit le niveau du

revenu. En revanche, le taux de la pension de réversion n'est que de 55 %.

Le régime est financé par une cotisation de 7 % à la charge du salarié et par une contribution de l'Etat, à concurrence du montant des charges restant à couvrir.

En 1985, il comptait 2,2 millions de cotisants et versait 19,6 milliards de \$ à 1,5 millions de retraités ou invalides et 3,2 milliards de \$ à 524.000 conjoints survivants.

Ce régime est toutefois appelé à disparaître puisque tous les fonctionnaires recrutés à partir du 1er janvier 1984 n'en font plus partie.

Les nouveaux fonctionnaires sont partiellement intégrés dans le régime général mais conservent une couverture complémentaire spécifique. Ce nouveau régime (*Federal Employees Retirement System ou FERS*) compte fin 1986 500.000 cotisants.

Il s'agit d'un système à trois étages.

Le premier étage procure une couverture de base identique à celle du programme principal. Le fonctionnaire cotise à l'*O.A.S.I.* sur la même base que les autres salariés. Il bénéficie de droits identiques à ceux du salarié du secteur privé.

Le deuxième étage est fondé sur une cotisation supplémentaire de 1,3 % qui ouvre droit à une pension fédérale qui prend la forme d'une prestation différentielle. En effet, le montant global de la retraite est calculé à raison de 1 % du salaire moyen des trois meilleures années pour chaque année de service. La pension fédérale représente la différence entre ce montant global et la retraite versée par l'*O.A.S.I.* (la retraite de fonctionnaire pouvant être liquidée avant la retraite de l'*O.A.S.I.*, l'intéressé peut bénéficier d'un complément de retraite jusqu'à l'âge de 62 ans, auquel il obtiendra sa retraite principale).

Enfin, le troisième étage consiste en un plan d'épargne-retraite financé par des contributions du fonctionnaire, l'Etat versant une contribution égale à 50 % de celle du salarié. Les fonds sont investis et les intérêts perçus au moment de la retraite ne sont pas imposables.

. Les régimes des fonctionnaires des états et des collectivités locales

Les états fédérés et les collectivités locales ont instauré pour leurs agents une grande variété de plans de pension. Il peut s'agir de plans spécifiques ou de plans combinés avec le programme général *O.A.S.I.* Un nombre de plus en plus important de fonctionnaires locaux sont couverts par le régime général. Cette intégration s'effectue par agrément entre l'état ou la collectivité locale et l'administration fédérale.

Comme pour la fonction publique fédérale, deux types de régimes coexistent :

- des régimes spéciaux qui assurent la totalité de la couverture, selon des modalités très comparables à celles du *C.S.R.S.* ;

- des régimes qui complètent les prestations de l'*O.A.S.I.* en assurant une prestation supplémentaire.

. le régime des cheminots

Le *Railroad Retirement System* a été institué de 1934 à 1937 pour l'ensemble des employés des chemins de fer.

Il fonctionne lui aussi selon un système à deux étages ; une retraite de base équivalente à celle de l'*O.A.S.I.*, pour un même niveau de cotisations et un complément de retraite analogue aux plans de pensions privés.

La spécificité du régime tient dans son rapport démographique très défavorable (400.000 cotisants pour 1 million de retraités). Il connaît ainsi un déséquilibre structurel qui le conduit de crise financière en crise financière, malgré l'instauration d'un mécanisme de compensation qui lui garantit une contribution de l'*O.A.S.I.* supérieure à 2,5 milliards de \$ en 1986 (pour un montant total de prestations de 6 milliards de \$).

En résumé, deux traits essentiels semblent marquer l'évolution des régimes spéciaux :

- la réduction progressive de leur part dans la couverture vieillesse ;
- leur alignement sur les prestations du régime général.

Ainsi, par son extension à de nouvelles catégories professionnelles et par l'effet d'attraction qu'il exerce sur les régimes spéciaux, le programme *O.A.S.I.* tend de plus en plus vers l'universalité et devient pour chaque travailleur la garantie d'un revenu de remplacement minimal.

La situation des retraites aux Etats-Unis ne peut cependant être appréhendée au travers du seul programme *O.A.S.I.*. Les différentes formes de couverture complémentaire représentent un aspect essentiel du problème de l'assurance vieillesse.

B - L'importance des couvertures complémentaires

On vient de le voir, le programme *O.A.S.I.* n'a d'autre ambition que de procurer un remplacement minimal et partiel de la perte de revenu liée à la cessation d'activité. Les américains sont donc invités à se munir d'une couverture complémentaire. C'est ici qu'interviennent les plans de pension privés proposés par les entreprises. Mais ils sont loin d'avoir été généralisés. Selon le type de branche d'activité, la taille de l'entreprise ou la nature de l'emploi, la couverture complémentaire est très inégalement répartie.

La diversité des situations et la multiplicité des formules privées de retraite rendent l'analyse fort difficile. La délégation a cependant eu la chance de participer, lors de son séjour à Washington, à une séance de travail à l'Employee Benefit Research Institute, fondation de recherche indépendante, au cours de laquelle le Dr Emily S. Andrews a présenté les principaux résultats d'une enquête récente sur les revenus des retraités. C'est de ce travail que proviennent pour l'essentiel les informations qui suivent concernant les pensions de retraite privées et les autres avantages de retraite.

1. Les pensions complémentaires privées

. des régimes facultatifs encouragés par un traitement fiscal favorable

On peut estimer que les pensions servies par les plans de retraite privés représentent autour de 20 % du montant total des retraites. La proportion est sensiblement analogue en France, où les régimes complémentaires ont été rendus obligatoires par la loi.

Aux Etats-Unis, les régimes de retraite complémentaires demeurent entièrement facultatifs. Il s'agit de plans de capitalisation proposés par les entreprises à leurs salariés dans le cadre d'un accord contractuel. Depuis 1974, une caisse de garantie des pensions, gérée par le département du travail et des caisses de prévoyance, recueille et capitalise une partie des contributions et garantit le paiement des retraites. Un plan de pension est pour une entreprise, un instrument de sa politique de main d'oeuvre. L'entreprise encourage ainsi son personnel, notamment le plus qualifié, à lui rester fidèle. Les syndicats font quant à eux de ces plans de pension, un enjeu essentiel de négociation avec les employeurs.

Le développement de ces plans est très ancien puisque dès 1875, l'*American Express Company* en proposait à ses employés.

Les pouvoirs publics sont intervenus en 1974 pour régler ce type de plans avec l'*Employee Retirement Income Security Act (E.R.I.S.A.)* qui définit les critères auxquels le plan doit répondre pour bénéficier d'un régime fiscal favorable.

En effet, les contributions versées par l'entreprise ou par le salarié au fonds de garantie des pensions sont déductibles fiscalement.

Malgré cette incitation fiscale, 50 % des salariés du secteur privé seulement sont couverts par un plan d'entreprise.

En réalité, ce taux de salariés couverts varie considérablement selon les situations.

En 1983, il était de 23 % pour les entreprises privées de moins de 100 salariés mais de 81 % pour celles de plus de 500 salariés.

La présence d'un syndicat lors des négociations collectives dans l'entreprise fait passer le taux de salariés couverts de 44 % à 81%.

Plus l'ancienneté d'un salarié est grande, plus grandes sont ses chances d'être couvert. Enfin, la couverture est plus fréquente pour les cadres supérieurs et les cadres moyens que pour les employés ou ouvriers.

Le programme principal *O.A.S.I.* étant peu favorable aux catégories à hauts et moyens salaires, ce sont ces dernières qui ont le plus souvent recours aux pensions complémentaires. Ainsi, en 1983, 32 % des salariés touchant moins de 10.000 \$ par an étaient couverts. La proportion s'élevait à 68 % pour les salariés touchant de 10.000 \$ à 25.000 \$ par an et à 82 % au-delà de 25.000 \$ par an.

. Deux formules de retraite complémentaire

On distingue généralement deux formules de retraite complémentaire : les plans à avantages définis et les plans à contribution définie.

Les plans à avantages définis garantissent au salarié un montant déterminé de pension au moment de la retraite, par exemple un certain pourcentage du salaire par années de contribution au plan. Dans un tel type de plan, les contributions sont fondées sur des évaluations actuelles en vue de faire face au paiement des avantages futurs. Ainsi, en cas de détérioration de la situation économique ou de moindre performance des investissements réalisés par le fonds, l'employeur doit réajuster sa contribution.

Le fonds peut être géré par l'employeur ou par l'intermédiaire d'une compagnie d'assurance. De même, le plan peut être établi par un employeur unique ou regrouper plusieurs entreprises.

Le bénéfice du plan est accordé à l'employé au moment où il atteint l'âge de la retraite, même s'il a quitté son entreprise d'origine. Afin de prendre en compte les problèmes engendrés par la mobilité professionnelle, la loi fédérale a précisé que les salariés pouvaient bénéficier d'une retraite sans abattement à partir de 15 années de contribution et d'une retraite à 50 % à partir de 10 ans. Dans le cas général, une durée de service de 10 ans suffit pour obtenir une pension sans abattement. Depuis le *Tax Reform Act* de 1986, cette durée minimale est abaissée à 5 ans, ce qui favorisera les salariés aux carrières courtes ou fréquemment interrompues et donc, en premier lieu, les femmes.

Toutefois, les salariés qui quittent l'entreprise avant la retraite peuvent obtenir le paiement d'une somme en capital.

Enfin, la majorité des plans à avantage définis sont intégralement financés par l'employeur, les cas dans lesquels le salarié contribue restant très minoritaires.

Les plans à contribution définie constituent une deuxième formule. Ils ne garantissent pas un montant déterminé de pension à la retraite. Seules les contributions sont prédéterminées (par exemple un pourcentage du salaire ou des profits). Le niveau de l'avantage de retraite dépend du montant des contributions versées et des performances du marché financier. Les salariés qui quittent leur emploi avant la retraite reçoivent une somme en capital.

On peut dresser avec le tableau ci-dessous, un bilan de l'évolution des différents types de plans au cours des dernières années.

	Nombre de plans à avantages définis	Nombre de plans à contribution définie	Nombre total de plans
1975	132.000	290.000	422.000
1980	179.000	410.000	589.000
1981	199.000	459.000	658.000
1982	222.000	506.000	728.000
1983	237.000	537.000	774.000
1984	240.000	554.000	794.000

On constate que le nombre de plans n'a cessé de croître depuis 10 ans. La préférence des employeurs va, dans 70 % des cas, aux plans à contribution définie, en raison vraisemblablement de leur plus grande simplicité de gestion.

Dans la quasi-totalité des cas, le plan est établi par un seul employeur. En effet, en 1980, on comptait seulement 2.759 plans multi-employeurs contre plus de 587.000 plans individuels.

Le montant moyen des prestations versées est très difficile à connaître. Il faut en effet tenir compte de l'ancienneté du travailleur et de l'âge de départ en retraite.

Les statistiques du département du travail permettent d'obtenir des ordres de grandeur globaux. En 1980, il recensait 49 millions de participants aux plans de pensions privés. Ce chiffre était surévalué dans la mesure où près de 30 % des salariés participaient à deux ou trois, voire quatre plans différents. Après élimination de ces doubles comptes, on arrivait à un nombre de 35,9 millions de salariés couverts. A cette même date, le montant total des contributions reçues par les plans privés se montent à 54 milliards de \$. Les pensions distribuées représentaient 31 milliards de \$, les réserves cumulées s'élevant à 576 milliards de \$.

En 1983, les contributions atteignaient 65 milliards de \$ et les réserves dépassaient 860 milliards de \$.

. La part des pensions privées dans les revenus des retraités

On a signalé que les pensions privées représentent environ 20 % du montant total de pensions. Deux autres indicateurs permettent d'évaluer leur place dans les revenus des retraités actuels.

Pour chaque source de revenu, la proportion de personnes en disposant au sein de la population âgée de plus de 65 ans a évolué comme suit entre 1962 et 1985 :

Sources de revenus	1962	1985
Avantages de Sécurité Sociale	69 %	91 %
Pensions privées	9 %	25 %
Pensions de fonctionnaire	5 %	14 %
Revenus d'avoirs	54 %	66 %
Salaires	36 %	21 %

Ainsi, un américain de plus de 65 ans sur quatre perçoit une pension privée.

Le second tableau figurant ci-dessous indique l'évolution de la part de chacune de ces sources dans le revenu total des personnes âgées de plus de 65 ans entre 1962 et 1985. Il démontre que la part des retraites complémentaires privées s'est accrue. Toutefois, l'évolution économique et les modifications des types d'emploi ont entraîné au cours des dernières années un tassement de la couverture privée en

matière de retraite. Il est donc important de prendre également en compte les autres avantages complémentaires.

Sources de revenus	1962	1985
Avantages de Sécurité Sociale	31 %	38 %
Pensions privées	3 %	7 %
Pensions de fonctionnaire	6 %	7 %
Revenus d'avoirs	16 %	27 %
Salaires	28 %	16 %
Autres	16 %	5 %

2. Les autres avantages complémentaires

Une part importante de la population active ne dispose pas d'une couverture complémentaire par un plan d'entreprise. Deux cas peuvent se présenter : soit la personne se constitue elle-même une protection, par exemple dans le cadre d'une épargne retraite, soit ses revenus sont trop faibles et elle ne peut obtenir que la garantie d'un minimum vieillesse.

. Les populations non couvertes par une retraite complémentaire

On distingue trois grandes catégories dans les personnes ne disposant pas d'une retraite :

- les travailleurs indépendants et les employés agricoles, pour qui la formule du plan d'entreprise n'est pas transposable ;

- les salariés du secteur privé qui ne réunissent pas les conditions pour entrer dans un plan d'entreprise (personnes âgées de moins de 25 ans ou de plus de 65 ans, personnes travaillant moins de 1.000 heures par an, salariés employés depuis moins d'un an dans l'entreprise) ;

- les salariés qui réunissent les conditions pour entrer dans un plan d'entreprise (âge compris entre 25 et 65 ans, travaillant depuis

plus d'un an et plus de 1.000 heures par an dans l'entreprise) mais dont l'entreprise ne propose pas de plan.

La ventilation de ces diverses catégories peut être résumée dans le tableau suivant :

Part des personnes non couvertes pour chaque catégorie en 1983

Type d'emploi	Part de personnes couvertes	Part de personnes non couvertes	Part dans l'ensemble des personnes non couvertes
Travailleurs indépendants	20,0 %	80,0 %	15,4 %
Employés agricoles	10,4 %	89,6 %	3,0 %
Salariés de - de 25 ans	35,4 %	64,6 %	24,5 %
Salariés de + de 65 ans	35,1 %	64,9 %	2,7 %
Salariés travaillant - de 1.000 heures/an	26,4 %	73,6 %	10,3 %
Salariés depuis - de 1 an dans l'entreprise	36,6 %	63,4 %	9,7 %
Salariés de 25 à 64 ans, travaillant 1.000 heures/an depuis plus d'un an	70,0 %	30,0 %	34,4 %

La participation à un plan pour la première catégorie se situe entre 10 % et 20 % des cas. Les travailleurs indépendants préfèrent en effet réinvestir leurs disponibilités dans leur propre entreprise ou exploitation, plutôt que d'en consacrer une part à un plan de retraite dont la mise en place et la gestion peuvent leur paraître trop lourde. Les travailleurs agricoles sont eux aussi peu couverts, en raison du caractère souvent saisonnier de leur activité et d'une multiplicité d'employeurs au cours de périodes successives.

La deuxième catégorie, ceux qui ne répondent pas à certains critères généralement exigés pour participer à un plan, représentent à peu près la moitié des personnes non couvertes. Dans cette catégorie, le taux de couverture par un plan privé se situe entre 25 % et 35 %. Le développement du travail à temps partiel et la mobilité professionnelle influent sur la possibilité, pour le salarié, de réunir les conditions minimales de durée de travail ou d'ancienneté requises. Près d'un salarié non couvert sur quatre est un jeune de moins de 25 ans. En effet, l'*Employee Retirement Income Security Act* de 1974 qui a fixé les normes minimales pour qu'un plan de pension ouvre droit aux déductions fiscales, n'avait pas rendu obligatoire l'inscription au plan des jeunes de moins de 25 ans. En revanche, le *Retirement Equity Act* de 1984 a inclus

les jeunes de 21 à 24 ans dans les catégories à couvrir obligatoirement dans un plan. Cette extension va donc améliorer le taux de couverture des jeunes salariés.

Enfin, la troisième catégorie représente plus du tiers des personnes non couvertes. Elle se compose des salariés qui seraient susceptibles d'obtenir une retraite complémentaire si l'entreprise proposait un plan de pension. Comme on l'a vu plus haut, l'absence de couverture résulte dans cette catégorie de divers facteurs : taille de l'entreprise, syndicalisation, niveau de salaires des employés.

Pour pallier cette absence de couverture complémentaire, les pouvoirs publics ont encouragé diverses formules d'épargne retraite.

. les formules d'épargne retraite

L'*Employee Retirement Income Security Act* de 1974 a institué le compte de retraite individuel (*Individual Retirement Account* ou *IRA*). L'*IRA* était destiné aux travailleurs non couverts par un plan de retraite privé. Il est fondé sur le versement de contributions du titulaire du compte, qui bénéficie d'un report fiscal sur ces versements jusqu'à l'âge de la retraite, une pénalité fiscale étant appliquée en cas de retrait anticipé. En 1978, 1,5 million de personnes disposaient d'un *IRA*, soit 4,4 % des bénéficiaires potentiels.

L'*IRA* s'est répandu après le vote de l'*Economic Recovery Tax Act* en 1981 qui étendait la possibilité d'y participer pour l'ensemble des travailleurs. Parallèlement, le montant maximum de contribution déductible était porté de 1.500 \$ à 2.000 \$. En 1982, le nombre de personnes déclarant posséder un *IRA* s'élevait à 15 millions, soit 17 % des bénéficiaires potentiels. Sur ces 15 millions de comptes, 5 millions étaient détenus par des personnes non couvertes par un plan de pension

Ainsi, l'*IRA* n'a pas répondu à ses objectifs initiaux. Il apparaît comme un complément pour les salariés les plus favorisés, qui disposent déjà d'une couverture complémentaire. En revanche, 12,3 % seulement des salariés sans couverture complémentaire avaient souscrit à un *IRA* en 1982, ce qui démontre que l'*IRA* ne représente pas un substitut à une pension privée.

Cette remarque vaut également pour les plans de compensation différée (*Deferred Compensation plans* appelés également *401 (k) plans* parce qu'ils relèvent de cet article du code des revenus).

Ces plans font appel à une contribution déductible du salarié, majorée par un apport variable de l'employeur. Ils consistent en fait en un report d'une partie du salaire après le départ en retraite.

Les travailleurs indépendants bénéficiaient d'une formule établie à leur intention en 1962 par le *Self Employed Individuals Tax Retirement Act*. Il s'agit des plans Keogh, du nom du Représentant démocrate qui prit l'initiative de cette loi. Ces plans ont connu peu de succès puisque 5 % seulement des bénéficiaires potentiels y ont recours. En fait, ils sont surtout utilisés par les professions libérales qui, à la différence des industriels ou commerçants, n'ont guère de possibilités d'investir dans leur affaire personnelle. La formule des plans Keogh est d'ailleurs en déclin, les travailleurs indépendants ayant beaucoup plus largement recours aux IRA.

Pour intéressantes qu'elles soient, ces formules d'épargne retraite ne peuvent compenser l'absence de couverture complémentaire pour une partie de la population. Elles s'adressent en fait à des catégories déjà bien pourvues, notamment les cadres des grandes et moyennes entreprises, qui y voient un moyen de compléter des pensions ne remplaçant que très partiellement la perte de revenus.

Une frange encore importante de la population ne dispose donc pas de couverture complémentaire. Elle doit faire face à la retraite avec les prestations du programme O.A.S.I. ou éventuellement, à l'aide du minimum vieillesse.

. le minimum vieillesse

Le minimum vieillesse est garanti dans le cadre du programme d'aide sociale S.S.I. (*Supplementary Security Income*). Ce programme a été unifié et placé sous la responsabilité de l'Etat fédéral en 1972. Il s'adresse à trois catégories : les personnes âgées, les aveugles et les invalides. Le versement du S.S.I. est soumis à une condition de ressources : l'intéressé ne doit pas disposer de ressources supérieures à 4.080 \$ par an pour 1987, soit 340 \$ par mois (510 \$ pour un couple). Le montant du S.S.I. est réduit à due concurrence des revenus perçus par l'intéressé (avec application d'une franchise ou d'abattements pour certains types de revenus).

Le programme comporte une prestation de base financée par l'Etat fédéral. Les états fédérés peuvent financer une prestation supplémentaire. Certains états comme le Texas, l'Ohio, la Louisiane, la Georgie et le Mississippi ont supprimé leur participation au programme

supplémentaire. D'autres effectuent en revanche des efforts considérables. En 1982, l'état de Californie versait à lui-seul 58 % du total des avantages supplémentaires accordés par les états. L'état de New-York et le Massachussetts se rangent également parmi les plus gros contributeurs.

En 1986, le programme représentait 11,8 milliards de \$ dont 9,3, soit 79%, à la charge de l'Etat fédéral.

Pour cette même année 1986, il couvrait 4,3 millions de personnes, dont 1,5 millions de personnes de plus de 65 ans (non-aveugles et non-invalides).

Pour un retraité de plus de 65 ans, le montant mensuel moyen versé par le programme se monte à 176 \$ (322 \$ pour un couple). La part du *S.S.I.* dans le revenu des retraités tend à décroître fortement. En effet, le nombre de retraités de plus de 65 ans recevant une retraite de l'*O.A.S.I.* est passé de 61,6 % en 1960 à 91,5 % en 1985. Avec la généralisation des pensions, le nombre de personnes pouvant prétendre au *S.S.I.* s'est réduit, jusqu'à atteindre 7,1 % en 1985.

Mais il faut noter que 71 % des bénéficiaires du *S.S.I.* perçoivent également une retraite de l'*O.A.S.I.* Le *S.S.I.* joue donc le rôle d'un complément modeste, qui permet de garantir au retraité un revenu de 340 \$ par mois ou de 510 \$ par mois pour un couple.

En conclusion, on peut répartir les retraités américains en trois groupes :

- un groupe qui s'est progressivement résorbé et se stabilise autour de 7 % des retraités, composé de personnes âgées disposant de faibles pensions (pour cause de carrières incomplètes ou de faibles salaires). Ces personnes sont assurées de percevoir un minimum garanti grâce au programme *S.S.I.*;

- un groupe intermédiaire disposant seulement de la pension de base, composé en grande partie de salariés de petites entreprises et de salariés à temps partiel. Par sa composition sociologique, ce groupe est encore peu porté à faire appel aux plans individuels d'épargne retraite;

- un groupe disposant de retraites élevées, procurant un bon taux de remplacement du salaire antérieur grâce à la combinaison de plans de pension d'entreprise et de plans individuels d'épargne retraite.

La situation des retraites aux Etats-Unis présente donc un visage nuancé. Le niveau plutôt moyen des pensions de base et l'inégale répartition de la couverture complémentaire incitent à penser qu'une fraction de la population est moins bien couverte que dans d'autres systèmes de sécurité sociale. Ce jugement doit lui-même être corrigé par la prise en compte de la mentalité américaine, qui privilégie l'initiative individuelle par rapport à la garantie collective.

Il semble que le système américain ait pu relativement bien concilier l'objectif de généralisation et le maintien d'une certaine souplesse dans la protection vieillesse. Ceci explique en grande partie qu'il ait pu jusqu'à présent éviter les déséquilibres financiers.

II - UN SYSTEME DE RETRAITE QUI EVOLUE A L'ABRI DES DESEQUILIBRES FINANCIERS

Dans un grand nombre de nations industrielles, les systèmes de retraites, perfectionnés durant les années d'expansion en vue d'assurer une couverture plus large et de meilleur niveau, ont très mal résisté aux contraintes engendrées par la récession économique et le vieillissement démographique.

Le système américain, dans son volet public comme dans la couverture privée, a su s'adapter à ces contraintes. Bien entendu, des économies ont dû être opérées et des ressources nouvelles dégagées. Mais la crise financière qui pointait au début des années 1980 a pu être évitée et les pouvoirs publics semblent avoir garanti à moyen terme le maintien d'un système équilibré.

A - La crise financière du début des années 1980 a été évitée

La conjonction d'une série de facteurs défavorables a provoqué dès 1975 un déséquilibre au sein du programme principal *OASI*. Devant cette dérive continue et la diminution des réserves du fonds fédéral, les pouvoirs publics ont adopté une profonde réforme qui a permis d'éviter la crise financière.

1. La dérive financière s'est poursuivie jusqu'en 1983 . Les facteurs de la dérive financière

Le déséquilibre est en partie causé par les tendances lourdes de la démographie américaine, marquée, comme dans l'ensemble des pays développés, par un vieillissement de la population. L'espérance de vie moyenne aux Etats-Unis est aujourd'hui de 75 ans comme en France. L'espérance de vie d'un homme de 65 ans était de 12 ans en 1962 et de 14,3 ans actuellement. Pour les femmes de 65 ans, le chiffre est passé de 13,7 à 18,7 ans.

La part des personnes âgées dans la population s'est donc accrue régulièrement et les retraites sont versées pendant une durée plus longue.

La proportion de personnes âgées de plus de 65 ans dans la population totale est passée de 8 % en 1950 à 9 % en 1960, 9,7 % en 1970, 11,1 % en 1980 et 11,7 % en 1985.

Durant la même période, le rapport démographique du programme *OASI*, c'est-à-dire le nombre de cotisants pour un bénéficiaire, s'est considérablement détérioré. Il était de 16,5 en 1951, 5,3 en 1960, 4,1 en 1970, et 3,7 en 1980.

Un second type de facteurs provient de règles d'attribution plus favorables des pensions, allant de pair avec la généralisation. Les retraites ont fait l'objet de fortes réévaluations dans les années 1950 et 1960. Depuis 1975, elles sont indexées sur le coût de la vie. Or, de 1975 à 1981, l'inflation a été globalement plus rapide que l'évolution des salaires, ce qui provoque inévitablement une dérive entre l'évolution des recettes procurées par les cotisations et les charges de retraite.

On touche là à une troisième source de déséquilibre, à savoir l'évolution de la situation économique. L'emploi total ne s'est accru que de 0,4 % en moyenne entre 1973 et 1975. Après une reprise (+ 3,5 % en moyenne entre 1975 et 1979), il a de nouveau stagné entre 1980 et 1982 (+ 0,1 % par an en moyenne). Il en est résulté une brusque augmentation du taux de chômage qui est passé de 5,8 % en 1979 à 9,5 % en 1982. Cette situation a bien évidemment freiné les rentrées de recettes et accentué le déséquilibre du régime.

. L'aggravation des déséquilibres

Entre 1973 et 1983, les cotisations à l' *OASI* ont progressé de 3 % par an en moyenne (en dollars constants). En revanche, les prestations progressaient de 4 % par an en moyenne. Durant cette décennie, les réserves du fonds fédéral ont diminué en moyenne de 13 % par an, en dollars constants.

Cette tendance s'est poursuivie inéluctablement malgré les tentatives de redressement entreprises dès 1977. Plusieurs amendements au Social Security Act furent ainsi adoptés en vue de dégager des ressources nouvelles et de freiner l'évolution des dépenses.

C'est ainsi que le plafond de cotisations a été très fortement augmenté (de près de 30 % entre 1978 et 1979), tout comme le taux de certaines cotisations. Des restrictions étaient par ailleurs apportées dans le calcul des retraites anticipées ou dans les possibilités de bénéficier d'une allocation d'ayant droit lorsque l'on perçoit déjà une retraite publique.

Ces mesures ne font que retarder l'échéance de la rupture de trésorerie qui intervient au cours de l'année 1982.

Au cours de cette année 1982, les recettes de l'*OASI* sont en légère diminution, en raison d'une quasi stagnation des cotisations versées et d'une chute des revenus d'actifs financiers, elle-même liée à la décreue des réserves. Par contre, les dépenses augmentent de plus de 12 %. Le déficit de l'exercice atteint 17 milliards de \$, soit l'équivalent de 13,5 % des recettes. Le fonds *OASI* doit faire appel aux autres fonds fédéraux pour assurer ses paiements (cet emprunt de 17 milliards de \$ sera remboursé en 1985 et 1986).

Les prévisions établies au début de 1982 font apparaître un déficit permanent de l'*OASI*, de l'ordre de 20 à 40 milliards de \$ par an entre 1983 et 1991. Elles démontrent également que les excédents des autres fonds fédéraux (*Disability Insurance et Hospital Insurance*) seront incapables de compenser ce déficit.

Devant l'ampleur du problème, le président Reagan décide de confier à une commission spéciale la tâche d'évaluer la situation et de proposer des moyens de redressement. Les travaux de cette commission débouchent sur plusieurs amendements au Social Security Act, adoptés par le congrès en 1983.

2. La réforme des retraites de 1983

Cette réforme a modifié en plusieurs points importants le programme *OASI* sans en bouleverser les structures. Certaines mesures ont eu un effet immédiat, d'autres ne doivent jouer qu'à très long terme. Toutes découlaient d'un même constat : le maintien du programme à législation constante n'était pas compatible avec l'évolution socio-économique. Le congrès a donc décidé de procéder à des ajustements parfois douloureux. L'adoption de la réforme a été facilitée par l'originalité de la procédure choisie par les pouvoirs publics.

. Une procédure originale d'élaboration de la réforme

La préparation de la réforme de l' *OASI* a été confiée à une commission fédérale de 15 membres, désignés pour un tiers par le Président, pour un tiers par le chef de la majorité républicaine du Sénat et pour un dernier tiers par le speaker démocrate de la Chambre des représentants. Les personnalités désignées étaient, soit des parlementaires des deux partis, spécialisés dans les questions budgétaires ou sociales, soit des responsables socio-professionnels, soit des experts. Le mode de désignation garantissait la présence de personnalités des deux partis politiques. La commission était par ailleurs tenue de travailler en vue d'établir un consensus puisque ses propositions, avant d'être rendues publiques, devaient être approuvées par chacune des trois autorités de nomination.

La commission fédérale s'est bien entendu penchée sur les exigences immédiates en matière de financement. Elle a également travaillé pour le long terme en cherchant les moyens de garantir un équilibre durable du régime.

Après plusieurs mois de travail, la commission est parvenue à dégager des propositions recueillant l'approbation de la quasi totalité de ses membres. Ces propositions ont été approuvées par les trois autorités de nomination.

L'apparition d'un consensus au sein de la commission fédérale a considérablement facilité la traduction législative de ses propositions, adoptées à une très large majorité à la Chambre des Représentants et au Sénat, et ce, dans un délai fort bref. La loi, votée en décembre 1982, entrait en vigueur en 1983.

. Le rééquilibrage du programme O.A.S.I.

La réforme de 1983 a permis de réaliser un rééquilibrage durable du programme. Elle allie des augmentations de recettes et des économies de dépenses réparties sur diverses catégories de cotisants et de retraités. Une première série de mesures doit produire des effets à très court terme.

L'augmentation des taux de cotisations, pour les employeurs comme pour les salariés est applicable dès 1984. La cotisation à l' *OASI* passe de 4,775 % à 5,2 %. En réalité, cette augmentation ne pèse que partiellement sur les cotisants. Elle compense une diminution de 0,125 point de la cotisation au régime d'invalidité. En effet, le fonds d'invalidité présentant des perspectives équilibrées, il a été décidé d'effectuer un transfert de ressources en direction du fonds *OASI*. L'effort principal, en matière de cotisations, est demandé aux travailleurs indépendants. Leur cotisation représentait jusqu'en 1983 150 % de la cotisation patronale. A partir de 1984, les travailleurs indépendants acquittent une cotisation égale à la somme des cotisations patronale et salariale. Pour l' *OASI*, leur cotisation est donc portée à 10,4 %. Un nouvel ajustement des cotisations est prévu dès 1988 (5,53 %) puis en 1990 (5,6 %).

L'*OASI* voit son champ d'application élargi à de nouveaux bénéficiaires : salariés des organisations à but non lucratif, fonctionnaires fédéraux recrutés après le 1er janvier 1984. Cette extension accroît les ressources de l' *OASI* tout en réduisant certains facteurs de dépenses. En effet, l'intégration des fonctionnaires dans le régime général implique une réduction de leurs avantages de retraite. Cette remise en cause d'un régime spécial plus avantageux que le régime général a soulevé de vives protestations de la part du régime des fonctionnaires, même si les droits acquis sont garantis pour les fonctionnaires recrutés avant le 1er janvier 1984. Une telle mesure n'a pu être réalisée qu'en raison du sentiment général selon lequel chaque catégorie devait participer à l'effort de rééquilibrage. Dans le même esprit, ont été intégrés à l' *OASI* les membres du congrès, le président et le vice-président des Etats-Unis, les juges fédéraux et certains hauts fonctionnaires. Par ailleurs, les états fédérés et les collectivités locales qui affiliaient volontairement leurs agents à l' *OASI* n'ont plus la faculté de se retirer du programme.

Une des mesures considérées comme les plus importantes en termes symboliques est sans doute l'instauration d'une imposition des retraites. C'est en effet la première fois qu'un avantage de sécurité

sociale est soumis à l'impôt. La loi prévoit cependant que cette taxation ne touchera que les revenus les plus élevés. Une moitié de la retraite reste non imposable. L'autre moitié est imposable si le revenu de l'intéressé (incluant cette demi retraite) dépasse 25 000 \$ par an pour une personne seule et 32 000 \$ par an pour un couple. Le produit de cet impôt est directement versé à l'OASI (cela représente actuellement 1,7 % des recettes).

Au titre des économies de dépenses, il faut mentionner le report de six mois de la revalorisation des pensions. L'indexation sur l'augmentation du coût de la vie s'effectue désormais annuellement. Par ailleurs, certaines limites sont apportées aux possibilités de cumuler un avantage servi par la sécurité sociale et une retraite provenant d'un autre régime, notamment celui des fonctionnaires.

Les amendements de 1983 prévoient également d'importantes mesures à moyen et long terme. Elles tendent à retarder l'âge effectif de départ en retraite afin de maintenir un rapport démographique acceptable au sein du régime, lors de la liquidation des retraites des générations du "baby boom". Elles permettent également de prendre en compte l'allongement de l'espérance de vie qui implique le paiement de pensions pendant un plus grand nombre d'années. L'âge normal de départ en retraite, actuellement de 65 ans, doit être progressivement relevé au cours des 40 prochaines années. Il est prévu de le porter à 66 ans entre 2 004 et 2 009, puis à 67 ans entre 2 022 et 2 027. Parallèlement, la possibilité de prendre une retraite anticipée dès 62 ans sera maintenue mais le taux de la pension liquidée sera abaissé à 75 % puis 70 % de la pension normale, au lieu de 80 % actuellement.

En revanche, dès 1990, l'incitation à retarder l'âge de départ en retraite sera accrue, par le biais d'une majoration de la pension plus importante que celle qui est actuellement proposée. Il est en effet prévu de porter progressivement cette majoration de 3 % à 8% par année supplémentaire.

Dès sa première année d'application, la réforme permettait d'augmenter très significativement les ressources et de ralentir fortement la progression des dépenses.

Après plusieurs années consécutivement déficitaires, le fonds fédéral OASI s'est retrouvé excédentaire, reconstituant ses réserves et remboursant en 1985 et 1986 les avances qui lui avaient permis d'affronter les échéances de 1982.

Sans remise en cause fondamentale du programme et en répartissant l'effort sur l'ensemble de la population (salariés, employeurs, travailleurs indépendants, retraités à hauts revenus, fonctionnaires), la réforme de 1983 a réalisé des ajustements qui permettent de retrouver des perspectives d'équilibre à long terme pour le régime principal de retraite.

B - Les perspectives d'évolution à moyen et long terme ne font pas apparaître de risque de rupture dans les régimes de retraite

Les projections à moyen et à long terme effectuées par les actuaires du gouvernement fédéral, la prudence qui doit s'attacher à leur utilisation étant rappelée, ne font pas apparaître de risque de rupture pour les régimes de retraite, mais au contraire, un équilibre.

Cette perspective résulte pour une bonne part des corrections qui ont été ou qui seront apportées à ces régimes, qu'il s'agisse du régime principal ou des plans de pension privés.

1. Le programme principal O.A.S.I. semble durablement équilibré

Depuis 1984, le fonds *O.A.S.I.* a retrouvé l'équilibre et les excédents permettent de reconstituer les réserves. Le régime bénéficie des financements supplémentaires dégagés et des économies réalisées. Il profite également de l'amélioration sensible de la situation économique, notamment en matière d'emploi. L'évolution de l'emploi total influe de manière déterminante sur les ressources des régimes sociaux. Une comparaison de l'évolution de l'emploi aux Etats-Unis, en France et dans l'O.C.D.E. au cours des cinq dernières années permet de comprendre pour une large part, l'acuité du problème de financement en France et le retour à des perspectives sereines aux Etats-Unis.

Evolution de l'emploi au cours des cinq dernières années (en %)

	1983	1984	1985	1986	1987*	1988*
Etats-Unis	+ 1,3	+ 4,1	+ 2,0	+ 2,0	+ 2,0	+ 2,0
France	- 0,6	- 1,1	- 0,2	0,0	- 0,2	0,0
Ensemble O.C.D.E.	+ 0,4	+ 1,5	+ 1,1	+ 1,2	+ 1,2	+ 1,0

(*prévision)

De même, le taux de chômage qui était de 9,6 % aux Etats-Unis en 1983 se situe en 1987 entre 6,5 % et 7 %. Il est passé en France pour la même période de 8,4 % à 11 %.

Le programme *O.A.S.I.* bénéficie donc d'un environnement favorable. L'année 1986, au cours de laquelle il avait apuré ses dettes vis à vis des autres fonds fédéraux, s'est soldée par un excédent de 3 milliards de \$. Les réserves se montaient en fin d'année 1986 à 39 milliards de \$. L'amélioration de la situation a été confirmée à la délégation lors de sa visite à l'agence fédérale de sécurité sociale. Les réserves, qui ne représentaient plus que 1 à 2 mois de prestations pour 1984 et 1985 sont actuellement remontées au niveau de quatre mois de prestations.

Les projections établies au début de l'année pour l'horizon 1991 prévoient une amélioration continue des résultats du fonds. Selon les hypothèses retenues, les excédents devraient dépasser 20 milliards de \$ en 1987 et évoluer ainsi par la suite :

- 1988 : entre 36 et 39 milliards de \$
- 1989 : entre 40 et 47 milliards de \$
- 1990 : entre 49 et 57 milliards de \$
- 1991 : entre 55 et 65 milliards de \$

Le montant des réserves devrait alors représenter environ une année de prestations.

Les projections à long terme sont plus difficiles à établir. Les actuaires du gouvernement américain, qui ajustent leurs projections chaque année, établissent quatre scénarios appelés I, II A, II B et III, par ordre de pessimisme croissant. Le scénario I est optimiste, tant sur le plan démographique que sur le plan économique. Les scénarios intermédiaires II A et II B adoptent des hypothèses démographiques analogues, mais différent dans leurs hypothèses économiques. Le scénario III adopte les hypothèses les plus pessimistes sur les plans démographique et économique.

Les deux scénarios intermédiaires, souvent reconnus comme étant les plus plausibles, indiquent que les ressources du fonds continueront à s'accroître plus vite que les charges jusque dans les années 2020 à 2025. Pour le scénario III, le point d'inflexion se situerait aux alentours de l'année 2015. La projection, qui s'étend jusqu'à l'année

2065, prévoit donc le maintien d'une évolution favorable au cours des 30 à 40 prochaines années.

Le maintien durable d'une situation excédentaire jusqu'au début du siècle prochain permettrait donc d'accumuler des réserves suffisantes pour faire face à l'apparition d'un nouveau déficit, à très long terme.

C'est également au niveau des années 2015 à 2020 que les scénarios II A et II B situent une nouvelle expansion de la part de la richesse nationale consacrée au programme *O.A.S.I.* Actuellement de 4,2 % du P.N.B., elle devrait se situer légèrement au-dessous de ce niveau jusqu'en 2015 et dépasser 5 % en 2025.

En résumé, le risque de déséquilibre dans un proche avenir est écarté par l'ensemble des projections établies par l'administration fédérale.

2. L'évolution de la couverture privée

On ne dispose d'aucune projection récente pour évaluer les perspectives de développement des plans de pension privés.

On peut toutefois déduire de l'expérience passée que l'évolution des retraites complémentaires privées est étroitement liée à la conjoncture économique.

Ainsi, l'étude de l'Employee Benefits Research Institute portant sur la période 1979-1983, marquée par la récession économique, fait apparaître un déclin général du taux de couverture par un plan de retraite complémentaire dans les entreprises.

Dans les secteurs en récession, le taux de travailleurs couverts chute fortement sur cette période. C'est le cas de la construction (- 11,2 %), du secteur minier (- 6 %), des biens d'équipement (- 4,9 %).

Dans le secteur des services, moins touché par la crise économique, le taux de couverture chutait de 1 % environ.

Certaines entreprises en difficulté ont purement et simplement mis fin aux plans de retraite qu'elles financaient.

Avec le retour à une situation meilleure, les perspectives d'amélioration de la couverture privée s'accroissent. Au moment où, pour garantir son équilibre, le gouvernement fédéral opérait des restrictions dans le programme *O.A.S.I.*, il encourageait les entreprises et les travailleurs à recourir plus largement aux retraites complémentaires. Les nouveaux critères d'attribution des avantages fiscaux liés aux plans ont ainsi favorisé l'entrée dans les plans de pension des jeunes salariés de 21 à 25 ans, que l'employeur pouvait refuser de couvrir auparavant.

Récemment, le *Tax Reform Act* (1986) a de nouveau modifié ces critères afin d'abaisser à cinq ans la durée minimale de service exigée pour prétendre à une retraite complémentaire sans abattement. Cette mesure, favorable aux salariés ayant eu des carrières courtes ou fréquemment interrompues, (principalement les femmes), va accroître considérablement le niveau de couverture par une pension privée.

Les encouragements fiscaux à l'épargne retraite vont également dans ce sens.

Une étude de l'E.B.R.I. établie en mai 1987 tente de tirer les premières conclusions de cette évolution. Son travail porte sur la génération du baby boom, qui a actuellement entre 30 et 40 ans. Selon cette étude, cette génération sera, au moment de la retraite, à un niveau de revenu plus élevé que les retraités actuels, en grande partie en raison d'une plus large couverture par un plan d'entreprise. Ces futurs retraités seraient couverts à 71 % par un tel plan (60 % des personnes seules, 83 % des couples mariés).

Ainsi, après une phase de repli jusqu'en 1983, les retraites complémentaires privées semblent connaître aujourd'hui une nouvelle période faste.

Sans doute faut-il y voir la démonstration de leur capacité d'adaptation à la conjoncture économique.

*

*

*

Les informations recueillies par la délégation sur l'organisation et l'évolution des régimes de retraite aux Etats-Unis permettent de tirer trois conclusions principales.

1. Le système des retraites aux Etats-Unis a globalement répondu à sa finalité : assurer un revenu correct à l'ensemble de la population âgée

Par le jeu des programmes publics d'assurance et d'assistance et des formes privées de protection, le système américain a considérablement amélioré la situation de ses personnes âgées.

Les personnes âgées de plus de 65 ans disposent à l'heure actuelle d'un revenu équivalent, sinon supérieur à celui du reste de la population. Le taux de pauvreté chez les personnes âgées est en constant déclin. Il est désormais inférieur au taux de pauvreté de l'ensemble de la population alors qu'il lui était près de deux fois supérieur il y a quinze ans à peine.

Certains constateront même que les personnes âgées ont fait l'objet durant ces quinze dernières années, d'une attention grandissante de la part du pouvoir politique, aux dépens des autres catégories de la population.

2. Le programme principal de retraite s'est recentré sur un objectif prioritaire, la généralisation, et il évolue désormais dans une perspective d'équilibre

La vocation universelle du programme principal *O.A.S.I.* s'est affirmée, tant par son extension aux catégories non couvertes que par l'absorption de plus en plus nette des régimes spéciaux de fonctionnaires.

Le recentrage se traduit par un renforcement du rôle redistributif du régime, qui garantit une retraite minimale à tous mais qui réserve le taux de remplacement le meilleur aux salariés les plus modestes.

Dans le respect de ces objectifs, le régime s'est adapté aux contraintes démographiques et économiques pour trouver la voie d'un équilibre durable, ce qu'il semble être capable de réussir.

3. La couverture complémentaire privée, appelée à se développer, constitue un facteur de disparités mais introduit dans le système de retraites d'incontestables éléments de souplesse

La couverture complémentaire privée s'adresse prioritairement à ceux qui ne peuvent obtenir du programme principal un revenu de remplacement correct, c'est-à-dire aux catégories à revenus moyens et supérieurs.

Elle a par contre tendance à délaisser les catégories peu protégées et peu organisées des petites et moyennes entreprises.

L'inégale répartition de cette couverture complémentaire s'accentue en période de récession et s'atténue en période d'expansion. Le contexte économique actuel lui est donc favorable.

Le trait dominant des régimes de retraite est leur souplesse et leurs possibilités d'adaptation à l'évolution économique. En privilégiant l'approche individuelle à la garantie collective, ils répondent aux aspirations dominantes de la société américaine.

DEUXIEME PARTIE : L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE ET LA PROTECTION CONTRE LA MALADIE

Le système de santé et l'assurance-maladie présentent aux Etats-Unis un visage extrêmement complexe. L'absence d'assurance-maladie obligatoire a laissé libre champ à une multiplicité d'initiatives et aucune vision d'ensemble n'a présidé à l'élaboration empirique de ce système. Nous nous trouvons donc devant un ensemble peu cohérent, marqué par un extrême éclatement : des programmes publics au champ d'application restreint côtoient une multiplicité de formules privées alors que certaines franges de la population ne disposent d'aucune assurance.

Alors qu'un système national d'assurance présente une certaine inertie, un système éclaté comme celui des Etats-Unis est au contraire susceptible d'évoluer très rapidement. Face à une augmentation rapide de la consommation de soins, les éléments de concurrence et les mécanismes de marché jouent un rôle de plus en plus grand dans le système de santé. Considérée comme un produit, la médecine est désormais soumise à de fortes pressions des financeurs et des consommateurs, ce qui ne va pas sans poser de problèmes dans la distribution de soins. La mise en jeu de la responsabilité civile des praticiens devant les tribunaux pour faute professionnelle (*malpractice*) n'est pas le moindre aspect de cette évolution.

A travers les nombreux entretiens qu'elle a effectués, la délégation a eu le sentiment de se trouver face à un système en mutation rapide. On peut cependant se demander si les évolutions en cours ne remettront pas en cause, à terme, la préférence manifestée par les Etats-Unis pour la couverture privée et facultative. Le nombre croissant de personnes non-assurées et les conséquences de la concurrence accrue sur les distributeurs de soins constituent deux défis majeurs, au moment où l'ensemble des financeurs cherche à limiter les coûts.

I - LA JUXTAPOSITION DES PROGRAMMES PUBLICS ET DE L'INITIATIVE PRIVEE N'A PAS ETE CAPABLE DE GENERALISER L'ASSURANCE-MALADIE A L'ENSEMBLE DE LA POPULATION

L'idée d'un système national obligatoire d'assurance-maladie, émise dès la fin de la seconde guerre mondiale, puis reprise par la suite, a été continuellement repoussée. C'est déjà avec de grandes difficultés qu'ont été établis en 1965 deux programmes publics à destination des retraités et des nécessiteux. Face à une intervention publique volontairement limitée, la couverture privée reste la règle, mais elle ne s'est pas pour autant étendue à l'ensemble de la population. Le nombre croissant de personnes non-assurées ou mal assurées rend cette situation de moins en moins acceptable.

A - Les programmes publics sont l'expression d'une solidarité limitée.

Le système de protection sociale dont la construction s'est amorcée en 1935 avec le *Social Security Act* s'est limité aux retraites et aux allocations de chômage. La première incursion de l'Etat dans le domaine de l'assurance-maladie remonte à 1965. Dans la ligne du président J.F Kennedy, le président Johnson lance le thème de la "*Great Society*" et entend engager la lutte contre la pauvreté. Dans ce contexte, il n'est plus question d'instaurer un régime national d'assurance-maladie. L'intervention publique se bornera aux catégories les plus vulnérables : les retraités et invalides d'une part et les nécessiteux d'autre part. De cette époque datent les deux seuls programmes publics de santé, *Medicare et Medicaid*. Ces deux programmes couvrent plus de 50 millions d'Américains et ont connu depuis 20 ans une extension considérable, puisque leurs dépenses se sont accrues plus vite que l'ensemble des dépenses de santé.

1) L'assurance-maladie pour les retraités : Medicare

Medicare est un programme d'assurance fondé sur la solidarité entre actifs et retraités.

En effet, le programme *Medicare* est financé, comme l'OASI par une cotisation obligatoire pesant sur tous les employeurs, salariés et travailleurs indépendants. En revanche, ses prestations sont réservées à deux catégories spécifiques : les retraités et les invalides.

. les conditions d'ouverture des droits

Medicare couvre deux types de bénéficiaires :

- des personnes âgées de plus de 65 ans (98 % d'entre elles relèvent de *Medicare*)

- des personnes ayant bénéficié pendant deux ans au moins des prestations de l'assurance-invalidité.

Le programme comporte deux volets, dont les prestations diffèrent et pour lesquels les conditions d'ouverture des droits sont spécifiques.

La partie A (Hospital Insurance ou HI), couvre les dépenses d'hospitalisation

Les retraités bénéficiaires d'une pension de l'*OASI* sont automatiquement et gratuitement pris en charge par *Medicare* dès lors qu'ils atteignent 65 ans. Depuis 1972, les personnes de plus de 65 ans qui ne bénéficient pas d'une pension de retraite peuvent s'affilier à l'*Hospital Insurance*, moyennant une prime mensuelle dont le montant, fixé annuellement, était de 226 \$ en 1987. Les Etats fédérés et autres employeurs publics peuvent également affilier leurs agents de plus de 65 ans au même tarif.

Sont gratuitement affiliés à l'*HI* les personnes ayant bénéficié pendant au moins 24 mois d'une pension d'invalidité.

La partie B (Supplementary Medical Insurance ou SMI) rembourse les honoraires et diverses prestations.

Elle est ouverte aux personnes âgées de plus de 65 ans (couvertes ou non par la partie A) et aux invalides. Elle suppose le paiement d'une prime mensuelle (17,90 \$ en 1987), déduite de la pension de retraite ou d'invalidité. Les personnes non pensionnées qui adhèrent à la partie B sont assujetties à une cotisation équivalente acquittée chaque trimestre.

Le tableau suivant indique le nombre de bénéficiaires pour chaque partie en 1984.

Bénéficiaires de Medicare en 1984 (en millions)

	Nombre de personnes couvertes	Nombre de bénéficiaires effectifs
Personnes âgées de plus de 65 ans	27,589	18,904
partie A	26,700	6,496
partie B	26,600	18,706
Invalides	2,925	1,845
partie A	2,891	0,700
partie B	2,651	1,812
Total	30,514	20,749
total partie A	29,591	7,196
total partie B	29,251	20,518

Ce tableau indique que si la quasi-totalité des bénéficiaires de *Medicare* est couverte par les deux parties A et B, c'est la partie B qui représente le plus grand nombre de bénéficiaires effectifs. En effet, 70 % des affiliés de la partie B ont reçu des prestations médicales en 1984 alors que 24 % des personnes couvertes par la partie A ont reçu des prestations de l'assurance-hospitalisation.

. les prestations de Medicare

L'assurance hospitalisation (partie A) rembourse les frais occasionnés par les services suivants :

- **hospitalisation** : les remboursements de *Medicare* et la participation laissée à la charge du malade varient selon la durée de l'hospitalisation. Jusqu'au 90ème jour d'hospitalisation, *Medicare* rembourse les frais mais le malade doit payer une franchise de 520 \$ pour les 60 premiers jours et de 130 \$ par jour (soit 25% de la franchise de base) entre le 61ème et le 90ème jour. Lorsque la période de 90 jours a expiré, l'assuré peut obtenir un remboursement des frais jusqu'au 150ème jour, moyennant une franchise de 260 \$ par jour, s'il décide d'utiliser une réserve intitulée *Reserve Days*. Cette réserve de 60 jours constitue en quelque sorte un crédit non renouvelable dont dispose chaque assuré dès lors qu'il relève de *Medicare*, et qu'il est libre d'utiliser ou de ne pas utiliser pour bénéficier d'un remboursement entre le 90ème jour et le 150ème jour. En tout état de cause, l'assuré n'est plus remboursé au delà du 150ème jour, l'ensemble des frais restant alors à sa charge.

- séjour en maison de convalescence : l'assuré ayant été hospitalisé au moins trois jours consécutivement, qui entre dans une maison de convalescence homologuée dans les 30 jours suivant la sortie de l'hôpital, est entièrement remboursé pour les 20 premiers jours. Il est remboursé moyennant le paiement d'un forfait de 65 \$ par jour pour les frais correspondant aux 80 jours suivants. La prise en charge cesse définitivement au delà de 100 jours.

- soins à domicile : les visites à domicile effectuées après l'hospitalisation sont entièrement remboursées dans la mesure où elles sont médicalement justifiées.

- centres de long séjour : *Medicare* rembourse certains frais d'hospitalisation en centre de long séjour pour les assurés atteints d'une grave maladie en phase terminale. Le remboursement vaut au maximum pour deux périodes de 90 jours et une période de 30 jours.

L'assurance médicale (partie B) couvre les honoraires des praticiens et divers autres services. L'assuré est tenu de payer, pour une année, les 75 premiers dollars correspondant aux soins. Au delà, *Medicare* assure un remboursement de 80%. Sont ainsi couverts :

- les honoraires des médecins et chirurgiens, qu'ils exercent au domicile du patient, dans leur cabinet, dans une clinique ou un hôpital. Les examens de routine sont toutefois exclus.

- les visites à domicile médicalement justifiées (elles sont alors remboursées à 100%).

- les examens radiologiques, dialyses rénales, tests de laboratoires.

Sont par contre exclus du remboursement les médicaments, les soins dentaires, les lunettes et examens ophtalmologiques, les prothèses auditives, les vaccins et, en général, toutes dépenses de convenance personnelle.

Les remboursements s'effectuent sur la base d'un tarif correspondant à des dépenses "raisonnables". C'est-à-dire que dans chaque Etat, des organisations ont pour mission de vérifier si la dépense engagée par le malade n'est pas manifestement excessive au regard des nécessités de sa situation. Seules les dépenses jugées "raisonnables"

sont remboursées. De même, dans chaque Etat, des groupes composés de médecins et appelés *Peer Review Organisations (P.R.O.)* vérifient la nécessité de l'hospitalisation. Sauf en cas d'urgence, elles peuvent requérir d'un praticien autre que celui qui a demandé l'admission, une seconde opinion.

. Le financement du programme Medicare

Medicare se caractérise par une très faible participation des bénéficiaires au financement du programme.

Chaque partie du programme fait l'objet d'un financement distinct.

L'*Hospital Insurance* est financé dans les mêmes conditions que les fonds *OASI* et *DI* c'est-à-dire par les cotisations à la charge des employeurs et de la population active (124 millions de cotisants). Le nombre de bénéficiaires (29,5 millions de personnes couvertes, 7,2 millions de bénéficiaires effectifs) étant faible par rapport à celui des cotisants, le taux de la contribution est relativement modeste. La cotisation patronale et la cotisation salariale sont passées de 1,3% du salaire plafonné jusqu'en 1984 à 1,35% en 1985 et 1,45% en 1986. Le salaire annuel plafonné est de 43.800 \$ en 1987. Comme en matière d'assurance vieillesse et d'assurance invalidité, les cotisations des travailleurs indépendants ont été relevées pour atteindre l'équivalent de la somme des cotisations patronales et salariales, soit 2,9% en 1987.

Aux cotisations des actifs s'ajoute la contribution des assurés volontaires qui ne répondaient pas aux conditions exigées pour être affiliés gratuitement.

La *Supplementary Medical Insurance* fait quant à elle l'objet d'un double financement : les assurés versent une prime mensuelle de 17,90 \$ et le budget fédéral couvre le reste des dépenses, soit environ 75 % du coût du programme. Toutefois, pour faire face à l'augmentation des coûts, l'administration fédérale vient d'annoncer que cette prime sera portée à 24,80 \$ pour 1988, soit un relèvement de 38,5 %.

La gestion financière des fonds *HI* et *SMI* est placée sous la responsabilité du gouvernement fédéral. L'administration de la sécurité sociale, en charge de l'assurance-vieillesse et invalidité gère ces fonds jusqu'en 1977. Depuis 1977, cette fonction a été transférée à une

administration spécifiquement chargée du financement des soins de santé, l'*Health Care Financing Administration*, dont la délégation a rencontré l'actuel administrateur, le Dr Roper.

Toutefois, l'administration fédérale ne pouvant assurer la gestion directe d'un programme s'étendant sur tout le territoire américain, elle contracte dans chaque état avec une ou plusieurs compagnies privées chargées d'effectuer les remboursements. Ces organismes sont au nombre de 63 et plus de la moitié d'entre eux (34) dépendent des associations *Blue Cross Blue Shield*, institutions spécialisées dans l'assurance-maladie. Des compagnies d'assurance classiques comme *Aetna*, *Travelers*, *Prudential* ou *Equitable* remplissent également cette fonction. L'agence financière fédérale constitue donc une structure légère, dont les effectifs sont d'ailleurs en constante diminution (5.000 agents en 1981, 3.850 en 1987).

. Les dépenses de Medicare

Les dépenses de *Medicare* ont été ces dernières années en augmentation rapide, et elles s'élèvent en 1986 à 76 milliards de \$, soit une augmentation de 7,8% par rapport à 1985. Les deux tiers des remboursements concernaient les services hospitaliers.

Prestations moyennes par type de dépenses
de *Medicare* (1984)

	Nombre de bénéficiaires effectifs (en millions)	Prestation moyenne (en dollar)
Hospitalisation	7,196	5 225
Autres services médicaux	20,518	902

En 1986, sur 76 milliards de francs de dépenses, 51,7 étaient consacrés à l'hospitalisation et 19 milliards aux honoraires des médecins.

En raison de la spécificité des populations qu'il assure, à savoir des personnes âgées à forte consommation médicale, *Medicare* est de loin le premier programme d'assurance aux Etats-Unis. Il pourvoit à 28,8 % du total des dépenses d'hospitalisation et à 20,6 % des dépenses d'honoraires.

2) L'assistance médicale pour les plus défavorisés : Medicaid

Créé en 1965 en même temps que *Medicare*, le programme *Medicaid* trouve ses origines dans des dispositions législatives édictées en 1950 qui prévoyaient un remboursement de l'Etat fédéral aux états fédérés pour les dépenses médicales qu'ils engageaient au titre de l'aide médicale pour les plus défavorisés.

Medicaid fait intervenir l'Etat fédéral et les Etats fédérés. L'Etat fédéral détermine des normes minimales d'encadrement dont le respect par chaque Etat conditionne sa participation financière. Les Etats fédérés ont l'initiative de l'institution du programme et en assurent la gestion. S'ils doivent fournir une couverture minimale pour bénéficier du financement fédéral, ils sont libres de définir des conditions d'attribution des prestations plus larges.

. Les conditions d'ouverture des droits

Pour bénéficier de la participation financière de l'Etat fédéral, le programme *Medicaid* institué dans chaque Etat doit obligatoirement couvrir toutes les personnes qui relèvent du programme *AFDC* (aide aux familles nécessiteuses ayant des enfants à charge). Il doit également inclure les personnes âgées, aveugles ou invalides qui répondent à certains critères de revenus, généralement analogues à ceux demandés pour l'obtention du minimum vieillesse.

Les états peuvent également étendre le champ d'application de *Medicaid* aux personnes qui requièrent une assistance médicale. Il s'agit de personnes dont les ressources ne dépassent pas un plafond et dont les dépenses médicales représentent une forte proportion de leur revenu.

Un seul état, l'Arizona, a refusé d'instaurer un programme *Medicaid*. Trente et un états ont étendu le *Medicaid* aux personnes à bas revenus pour qui la nécessité de l'aide médicale a été reconnue. Les états restants appliquent strictement les normes minimales de l'Etat fédéral. Il faut ajouter que *Medicaid* peut prendre en charge des personnes à bas revenus qui sont déjà couvertes par *Medicare*. Dans ce cas, *Medicaid* rembourse les dépenses que *Medicare* ne rembourse pas, à savoir les franchises de 520 \$ pour l'hospitalisation et de 75 \$ par an pour les autres frais, le ticket modérateur de 20 % et dans certains états, la cotisation mensuelle de 17,90 \$ pour l'assurance médicale (partie B).

Il peut également couvrir l'hébergement en long séjour pour les personnes âgées.

Pour l'année fiscale 1985, le nombre de bénéficiaires de *Medicaid* s'élevait à 21,8 millions de personnes dont le tableau suivant donne la répartition.

Bénéficiaires de Medicaid en 1985

Personnes âgées de + de 65 ans	3 061 000
Aveugles	80 000
Invalides	2 936 000
Enfants dépendants de - de 21 ans	9 752 000
Adultes appartenant à des familles ayant des enfants à charge	5 518 000
Autres	1 214 000
Total	21 808 000

(Certaines personnes étant rangées dans deux catégories, la somme des bénéficiaires de chaque catégorie dépasse le nombre total de bénéficiaires)

. Les prestations assurées par Medicaid

Certaines dépenses doivent obligatoirement faire l'objet de remboursements par *Medicaid*. C'est notamment le cas des honoraires médicaux, des frais d'hospitalisation (y compris pour les soins ambulatoires), des frais de laboratoire et des rayons X, des séjours en maison de convalescence pour les adultes de plus de 21 ans et des visites à domicile pour les convalescents.

Les états déterminent, pour chacune de ces prestations, les conditions et le niveau du remboursement. Ils peuvent prévoir le remboursement de prestations supplémentaires.

Les états peuvent instituer des franchises ou un ticket modérateur mais la participation du malade aux dépenses est le plus souvent très faible.

Le niveau de protection garantie par *Medicaid* varie considérablement d'état à état. Certains, comme la Californie avec son

programme "Medi-Cal", sont connus pour le caractère avantageux de leur législation. L'attrait que représente une couverture complète et peu coûteuse entraîne, au sein des États-Unis, un flux migratoire vers les états les plus favorisés.

. Le financement de Medicaid

Medicaid est financé conjointement par le budget fédéral et les budgets de chaque état.

La participation fédérale représente en moyenne 55 % du coût du programme. Selon les états, elle varie de 50 % à 83 %. Son montant varie en fonction du revenu par habitant dans l'état considéré. Plus l'état est riche, moins la participation fédérale sera élevée. Elle ne peut toutefois être inférieure à 50 %. Les dépenses administratives sont partagées à 50 %.

Pour les deux dernières années, les dépenses de *Medicaid* ont évolué comme suit

Dépenses de Medicaid en milliards de \$

	1985	1986
Part fédérale	22,9	24,2
Part des états	18,4	19,3
Total	41,3	43,5

15,8 milliards de \$ (36 %) étaient consacrés à l'hospitalisation, 15,8 milliards de dollars également (36 %) pour les centres d'hébergement de personnes âgées (*nursing home*), 3,9 milliards de \$ (9 %) au titre des honoraires et 2,9 milliards de \$ (6,7 %) pour les médicaments.

Au total, si l'on considère qu'un grand nombre de bénéficiaires de *Medicaid* (6 millions environ) sont déjà couverts par *Medicare*, on peut estimer à 46 millions de personnes le nombre de bénéficiaires des deux principaux programmes publics (soit 19 %) de la population. Ils représentaient près de 120 milliards de \$ de dépenses en 1986, soit près de 30 % des dépenses de santé.

Si l'on ajoute à *Medicare* et *Medicaid* les autres programmes publics en matière de santé (pour les anciens combattants et les

militaires notamment), la part des fonds publics dans les dépenses de soins s'élève à près de 40 %.

Les programmes publics prennent en charge les catégories les plus défavorisées par l'âge ou le niveau de revenu, qui sont aussi celles dont la consommation médicale est la plus forte. En dépit de leur champ d'application relativement restreint, ils jouent donc un rôle fondamental dans le système de santé. Les pouvoirs publics n'ont pas souhaité étendre l'intervention de ces programmes qui demeurent entièrement axés sur la lutte contre la pauvreté. Pour la grande majorité de la population, la recherche d'une couverture privée s'avère donc nécessaire.

B - La couverture privée est marquée par la concurrence et la diversification

Les entreprises et les travailleurs actifs cotisent obligatoirement pour un régime d'assurance maladie dont les seuls bénéficiaires sont des personnes âgées de plus de 65 ans ou invalides. En revanche, ils ne sont en aucun cas tenus de cotiser pour leur propre compte. Le domaine de la couverture facultative est donc entièrement laissé au libre jeu de l'initiative privée. Dans la majorité des cas, l'entreprise propose à son personnel diverses formules de plans d'assurances, qu'elle souscrit auprès de compagnies ou d'institutions privées, moyennant une participation financière du salarié. Certaines entreprises, notamment les plus petites et les moins syndicalisées, ne proposent aucun plan de ce type. C'est alors au salarié de se prémunir individuellement contre le risque maladie. Il faut enfin préciser que certains bénéficiaires de *Medicare* souscrivent une assurance privée à titre de couverture complémentaire.

Dans le domaine de la maladie, la protection privée joue donc un rôle considérable. De nombreuses formules d'assurance coexistent et se concurrencent, le consommateur ou le financeur recherchant la meilleure assurance au moindre prix. Aux côtés d'institutions traditionnelles d'assurances privées, sont apparues des formules innovatrices, en mutation rapide.

1) Les formes traditionnelles de protection privée

Le marché de l'assurance maladie privée est dominé par deux grands types d'institutions : les assurances privées commerciales et les associations à but non lucratif *Blue Cross - Blue Shield*.

Le trait commun de ces deux formules est de fournir aussi bien des polices individuelles, ce qui est toutefois peu fréquent, que des polices de groupes, souscrites généralement par les entreprises pour leurs salariés. Elles diffèrent cependant par la nature des prestations qu'elles proposent : les assurances remboursent a posteriori le malade, alors que *Blue Cross et Blue Shield* lui permettent d'accéder directement à des services hospitaliers ou médicaux.

. Les compagnies d'assurance commerciales

On estime qu'environ un millier de compagnies d'assurance privées commerciales proposent à leurs clients des plans d'assurance maladie. Plutôt axées au départ sur l'assurance individuelle, c'est autour des années 1950 qu'elles ont pris une part accrue dans la pratique des assurances de groupe, c'est-à-dire au moment où les employeurs ont développé la couverture sociale proposée à leurs salariés. Leur part dans le marché de l'assurance maladie privée se situerait autour de 35 %.

Il est difficile de caractériser les plans mis au point par les compagnies d'assurance privées, en raison de leur extrême diversité.

Une première distinction peut être établie en fonction du niveau de remboursement fourni par l'assurance et de la participation laissée à la charge du malade. La formule traditionnelle garantit un remboursement intégral des frais hospitaliers (y compris les soins ambulatoires immédiatement postérieurs à l'hospitalisation) et des frais d'honoraires médicaux et chirurgicaux, les autres frais (transfusion sanguine, médicaments, transports sanitaires, traitement pour troubles mentaux ou nerveux) étant en partie supportés par le malade. Dans une deuxième formule, moins fournie, tous les frais font l'objet d'une participation du malade, la compagnie n'assurant qu'un remboursement partiel. Enfin, une formule intermédiaire ne garantit le plein remboursement que pour les frais hospitaliers, les autres frais étant partiellement remboursés.

Un second groupe de plans se caractérise par l'existence d'un plafond annuel de remboursement, au-delà duquel le malade doit prendre les frais à sa charge. On distingue alors des plans de base, qui déterminent pour chaque type de soins un plafond annuel de remboursement. Les plans globaux établissent quant à eux un tel plafond pour l'ensemble des dépenses médicales. Il existe également des formules complémentaires combinant plan de base et plan global et fondées sur un système à trois étages : la dépense est couverte à hauteur du plafond prévu par le plan de base dans un premier temps. Elle est

ensuite prise en charge par le malade, dans la limite d'une franchise. Si la dépense dépasse le montant de cette franchise, elle peut alors être remboursée dans le cadre du plan global.

On voit donc combien les compagnies d'assurance commerciales ont diversifié leurs plans d'assurance maladie afin d'offrir la plus vaste palette qui soit à leurs clients, c'est-à-dire en premier lieu aux employeurs. Le trait dominant de ces plans reste cependant le remboursement a posteriori. Le malade choisit son médecin, suit un traitement puis est remboursé sur la base du contrat passé avec la compagnie. En règle générale, les compagnies ne traitent pas directement avec les médecins et les hôpitaux. C'est en cela qu'elles se différencient des grandes institutions spécialisées que sont *Blue Cross* et *Blue Shield*.

. *Blue Cross* et *Blue Shield*

Blue Cross et *Blue Shield* sont de véritables organismes privés de sécurité sociale.

Les plans *Blue Cross* (Croix Bleue) naquirent dans les années 1920 lorsqu'un contrat fut passé entre l'université Baylor de Dallas et un hôpital afin de permettre aux enseignants de bénéficier de 21 jours de soins en hospitalisation moyennant une contribution mensuelle de 50 cents. Des expériences analogues furent mises en place à Sacramento, en Californie, dans le New Jersey, le Minnesota puis à New-York. Ces plans adoptèrent le symbole de la Croix Bleue qui fut agréé puis repris à son compte par l'*American Hospital Association*.

Les plans *Blue Shield* (Ecu Bleu) se sont fondés sur des principes identiques en matière de services médicaux puis ont été encouragés par l'*American Medical Association*.

Chaque plan *Blue Cross* et *Blue Shield*, établi au niveau local, est indépendant. Il s'agit d'organisations privées à but non lucratif, les sommes payées par les assurés étant intégralement reversées sous forme de prestations, excepté la part affectée aux coûts de gestion et à la constitution de fonds de réserve. Les plans sont administrés localement par un conseil de direction comprenant des représentants des collectivités, des entreprises, des travailleurs, des consommateurs et du corps médical.

Il existe actuellement 50 plans combinés *Blue Cross-Blue Shield* aux Etats-Unis et 1 plan à Porto Rico. Il y a également 13 plans *Blue Cross* et 15 plans *Blue Shield* qui ont conservé leur autonomie.

L'association *Blue Cross* et l'association *Blue Shield* se sont instituées séparément au niveau national puis ont fusionné en 1982. Le rôle de cet échelon fédéral est de constituer une représentation nationale des plans locaux et de leur fournir une assistance technique en matière de marketing, de publicité, de campagnes d'information, de relations avec les professionnels et d'études statistiques et prospectives.

Blue Cross pour les frais hospitaliers et *Blue Shield* pour les prestations médicales négocient des contrats avec les hôpitaux et les médecins pour le compte de leurs assurés. Les assurés obtiennent directement les soins dont ils ont besoin. *Blue Cross* et *Blue Shield* assurent le paiement des soins en fonction du contrat passé avec l'hôpital ou le médecin.

Blue Cross et *Blue Shield* proposent aux employeurs des assurances de groupe englobant l'ensemble de leurs salariés. Toutefois, lorsqu'un membre du groupe quitte l'entreprise, il peut rester affilié à titre individuel. Par leur implantation sur l'ensemble du territoire, *Blue Cross* et *Blue Shield* constituent une institution originale et essentielle dans le système de santé américain.

En 1983, ils couvraient plus de 83 millions d'Américains et représentaient à eux seuls 36 % du marché de l'assurance maladie privée. Ils assurent contre la maladie les employés fédéraux et tout ou partie du personnel de 66 des 100 plus grandes entreprises américaines. Dans un grand nombre d'états, ils gèrent *Medicare* pour le compte du gouvernement fédéral, ce qui permet de dire qu'ils servent, directement ou indirectement, des prestations à un Américain sur deux.

La prépondérance des compagnies d'assurance commerciales et des "*Blues*" sur le secteur de l'assurance maladie privée, s'est quelque peu atténuée avec l'apparition, il y a une quinzaine d'années, de formules nouvelles telles que les réseaux coordonnés de soins (*Health Maintenance Organization* ou *HMO*). Certaines de ces initiatives ont même été encouragées par les assureurs traditionnels, *Blue Cross* et *Blue Shield* ayant par exemple développé leurs propres *HMO*.

2) L'évolution de la couverture privée : HMO et PPO

Les formules mettant à la disposition du patient un ensemble coordonné de soins et de médecine préventive moyennant un paiement forfaitaire et provisionnel, se sont considérablement développées dans les années 1970. Dans un climat de concurrence accrue, les entreprises et institutions d'assurances ont également cherché à contracter auprès de fournisseurs de soins au moindre coût et ont mis sur pied le système des fournisseurs de soins privilégiés (*Preferred Providers Organization* ou *PPO*).

. Les HMO (Réseaux coordonnés de soins)

Le terme de *HMO* recouvre un ensemble très varié d'organisations. Pour plus de clarté, on peut reprendre les critères de définition d'un *HMO* tels qu'ils ont été énoncés par le Professeur Luft de l'Université de Californie :

- l'organisme *HMO* assume la responsabilité contractuelle de fournir directement ou indirectement à ses adhérents une gamme de services de santé comprenant au moins les soins hospitaliers et les services d'un généraliste

- l'organisme *HMO* fournit en services une population définie qui y est inscrite

- l'inscription d'un adhérent dans une *HMO* est volontaire

- l'adhérent effectue un paiement fixe et périodique, indépendant de l'utilisation effective des services, ce qui signifie que l'organisme n'a aucun intérêt financier à multiplier le nombre d'actes

- l'organisme assume le risque financier (déficit ou bénéfice) inhérent à son obligation de fournir des services de soins aux adhérents.

On distingue généralement deux grands types de pratiques au sein des *HMO* : la pratique de groupe et la pratique individuelle.

La pratique de groupe (*Prepaid Group Practice* ou *PGP*) est fondée sur une rémunération forfaitaire versée par l'organisme *HMO* aux praticiens, constitués en groupe juridiquement indépendant, qu'ils soient salariés de l' *HMO* ou engagés vis-à-vis d'elle par un contrat.

La pratique individuelle (*Individual Practice Association* ou *IPA*) repose sur des contrats passés entre l'organisme *HMO* et des cabinets individuels et sur un paiement à l'acte.

On peut illustrer ces différences en prenant en exemple trois *HMO* opérant dans la région de San Francisco.

La première d'entre elles, *Kaiser*, a passé un contrat avec un groupe unique de médecins (*Northern California Permanent Medical Group*). Les médecins reçoivent les patients dans des locaux appartenant à *Kaiser* et, en cas d'hospitalisation, les adressent à l'un des 14 hôpitaux lui appartenant. Sauf exception, les généralistes n'envoient leurs malades qu'à des spécialistes faisant partie du groupe. Tous les médecins du groupe soignent exclusivement les adhérents de *Kaiser*. *Kaiser* verse un paiement par capitation au groupe. Ce dernier le redistribue à ses médecins sous la forme d'un salaire.

Une seconde *HMO*, *Heals*, visitée par la délégation, contracte avec des médecins pris individuellement (qui peuvent être par ailleurs membres d'un groupe). Ces médecins exercent dans leur propre cabinet. Ils s'engagent à adresser leurs patients à des spécialistes ou des hôpitaux ayant un contrat avec *Heals*. Ils peuvent poursuivre par ailleurs une activité libérale et soigner des patients n'étant pas adhérents de *Heals*. En revanche, *Heals* est une des rares *HMO* à imposer à ses adhérents une disposition d'exclusivité pour les soins primaires puisqu'ils doivent choisir un médecin principal, chez qui ils iront prioritairement se faire soigner. *Heals* rémunère ses médecins sur la base d'un paiement à l'acte, en fonction d'un tarif d'honoraires négocié.

Enfin, troisième type de *HMO*, *Maxicare* passe des contrats avec plusieurs groupes de médecins, qui reçoivent les malades dans leurs propres locaux. Le recours à des spécialistes et des hôpitaux affiliés à *Maxicare* est de règle. Les groupes ayant contracté avec *Maxicare* peuvent soigner des patients non-membres du plan et peuvent même contracter avec une autre *HMO*. *Maxicare* procure à chaque groupe un paiement par capitation, chaque groupe étant libre de rémunérer comme il l'entend ses médecins.

Les formules de *HMO* peuvent être, on vient de le voir, extrêmement variées, ce qui leur confère une grande souplesse. On prête généralement aux *HMO* l'avantage d'assurer une distribution plus efficiente et moins coûteuse des soins, grâce à la responsabilisation des médecins et aux paiements forfaitaires des assurés, mais aussi grâce au caractère coordonné des soins qui incluent généralement la médecine préventive. Le gouvernement fédéral a donc encouragé le développement de ce type d'organismes par le *Health Maintenance Organization Act* de 1973.

Cette loi impose aux entreprises de plus de 25 salariés qui proposent à leurs salariés une assurance maladie d'inclure obligatoirement dans leurs options une *HMO*, s'il en existe bien entendu dans la région considérée. Il s'agissait donc autant de permettre la diffusion des *HMO* que de favoriser la concurrence chez les différents distributeurs de soins.

Depuis lors, l'expansion des *HMO* a été considérable. On estime qu'il existait 250 *HMO* en 1980, couvrant environ 10 millions de membres. En 1986, le nombre de *HMO* dépassait 500, pour un total de 25 millions d'adhérents.

La plus importante d'entre elles, *Kaiser Permanente*, fondée dans les années 1930 par l'industriel Henry Kaiser pour son personnel, est une organisation à but non lucratif implantée dans 16 Etats, couvrant 5 millions de personnes. Créée en Californie, elle emploie désormais 46 000 salariés et 5 300 médecins sur l'ensemble du territoire et met à la disposition de ses membres 115 centres de consultation et 28 hôpitaux représentant environ 6 600 lits. Avec 4,3 milliards de \$ de dépenses en 1986, *Kaiser* est de loin la plus importante *HMO* aux Etats-Unis.

On peut également citer d'autres grandes *HMO* à vocation commerciale telles que *Cigna*, *Maxicare* et *US Health Care Systems*. Mais à côté de ces structures importantes figurent des *HMO* de petite taille, circonscrites à des aires géographiques limitées ou à un groupe social donné.

Il faut encore ajouter que les *HMO* peuvent intervenir en tant que simple couverture complémentaire, par exemple pour les bénéficiaires de *Medicare*.

Reconnue comme très innovatrice il y a quelques années, la pratique des *HMO* est aujourd'hui dépassée par d'autres formules axées principalement sur la réduction des coûts : les *PPO*.

. Les *PPO* (Fournisseurs de soins privilégiés)

Les *PPO* se développent actuellement beaucoup plus rapidement que les *HMO*. Le principe des *PPO* repose sur un contrat passé entre une compagnie d'assurance ou une entreprise et des fournisseurs de soins privilégiés.

Les entreprises ou les compagnies d'assurance recherchent des producteurs de soins acceptant de fournir des soins à leurs salariés ou leurs clients à un taux préférentiel. En contrepartie, le malade est tenu de s'adresser au fournisseur privilégié, ce qui garantit à ce dernier une clientèle. Le paiement du médecin s'effectue à l'acte sur la base du tarif discount négocié dans le cadre du contrat.

Dans un climat de concurrence accrue et de forte démographie médicale, les médecins qui se lient par un contrat *PPO* sont assurés d'obtenir un niveau minimal de revenu, même si les tarifs consentis sont plus faibles. L'entreprise ou la compagnie d'assurance leur fournit une clientèle fixe.

Les financeurs, c'est-à-dire les employeurs, contractant directement auprès d'une *PPO* ou passant par une compagnie d'assurance, obtiennent des rabais significatifs, ce qui limite leurs dépenses de couverture sociale.

Ce moindre coût se ressent également au niveau de la participation laissée à la charge du patient. En revanche, celui-ci voit sa liberté de choix du praticien ou de l'hôpital totalement limitée.

Apparues pour la première fois en 1980, les *PPO* sont actuellement au nombre de 450. Certaines sont mises en place par les entreprises qui préfèrent traiter directement avec les fournisseurs de soins. D'autres le sont par les assureurs traditionnels, qui y voient un moyen de concurrencer des *HMO* sur un de leurs points forts : le moindre coût de l'assurance. *Blue Cross et Blue Shield* ont également intégré dans leurs options des formules de *PPO* telles que le contrat "accidentur prudent" à San Francisco, dont les tarifs sont plus proches de ceux d'une *HMO* que du contrat traditionnel de *Blue Cross - Blue Shield*.

Le domaine de l'assurance maladie privée se caractérise donc par son extrême hétérogénéité et par une tendance permanente à l'innovation, sous la pression de la concurrence. On assiste en quelque sorte à un éclatement et une dérégulation qui introduisent en force les mécanismes de marché dans l'assurance maladie.

En 1986, l'assurance privée, au sens large, couvrait plus de 30 % des dépenses de santé (36 % des frais hospitaliers, 42 % des honoraires médicaux) soit près de 123 milliards de \$. L'assurance privée est très largement financée par les employeurs (entre 80 et 90 %) ; certaines entreprises performantes prennent même en charge la totalité des primes.

Malheureusement, au moment où les formes d'assurances privées se multiplient et se diversifient, elles restreignent leur champ d'application aux personnes les mieux protégées par leur milieu de travail. Il est difficile de connaître avec précision le nombre d'Américains disposant d'une assurance privée, ce chiffre ne pouvant d'ailleurs être parfaitement significatif en raison de la possibilité de cumuler une assurance privée et une couverture publique et de la grande variété des niveaux de protection offerts par ces formules. En revanche, il est possible de constater que l'assurance maladie restant facultative, une part de plus en plus importante de la population ne dispose pas d'une couverture suffisante.

C - Des lacunes de moins en moins acceptables dans la protection contre la maladie

Le système de santé américain se fonde sur une protection minimale des catégories les plus vulnérables (personnes retraitées, invalides ou sans ressource) et sur l'initiative individuelle pour la grande majorité de la population. Une protection correcte contre la maladie ne peut donc être garantie que par une bonne articulation entre les programmes publics et les programmes privés de protection sociale. Il faut bien reconnaître que cette articulation est loin d'être parfaite et qu'elle laisse subsister d'importantes lacunes dans la couverture des malades.

Ces lacunes sont le fait de risques insuffisamment couverts mais également et essentiellement d'absence totale ou quasi-totale de couverture pour une grande partie de la population.

1) Les risques insuffisamment couverts : les maladies longues et coûteuses

Les Etats-Unis sont sans doute l'un des pays développés où la part des dépenses de soins laissées à la charge directe du malade est la plus importante. En 1986, 28,7 % des dépenses de soins étaient payées par le patient (à titre de comparaison, ce pourcentage était en 1979 de 19,6 % pour la France, 12,5 % pour la R.F.A., 8,4 % pour la Suède et 5,8 % pour le Royaume-Uni). Si cette part n'est que de 9 % pour les frais hospitaliers, elle s'élève à 28,5 % pour les frais d'honoraires, 64,4 % pour les frais de dentistes et 74,8 % pour la fourniture de médicaments. Ceci démontre que dans certains domaines, le financement des soins reste avant tout une affaire individuelle et fait bien peu intervenir la solidarité.

Si généralement la charge supportée par le malade décroît lorsque la gravité de l'affection augmente, il est un domaine dans lequel la protection est de l'avis général tout à fait insuffisante : celui des maladies longues et coûteuses.

Nous avons vu que *Medicare* rembourse une part des frais hospitaliers jusqu'au 90ème jour d'hospitalisation, des journées supplémentaires pouvant être remboursées à l'intéressé dans la limite de 60 jours qui constituent une "réserve" personnelle, non renouvelable. Au-delà, le patient prend la totalité des frais à sa charge. De même, les clauses prévoyant le plein remboursement des affections de longue durée sont encore minoritaires dans les contrats des assurances privées. On évalue à 53 millions le nombre d'américains qui ne disposent pas d'une couverture contre les maladies longues et coûteuses.

Ainsi, dans le cas où le traitement hospitalier doit se prolonger et où le malade n'est pas couvert, deux solutions peuvent se présenter :

- soit le malade dispose de suffisamment de ressources pour payer l'hôpital ;

- soit il épuise ses ressources et peut être pris en charge par *Medicaid*.

La nécessité d'améliorer la couverture de ces maladies "catastrophiques" a été largement reconnue. Les divergences portent sur l'étendue des modifications à apporter pour combler cette lacune.

Un projet de loi actuellement discuté au Congrès doit assurer la couverture contre les maladies catastrophiques des bénéficiaires de *Medicare*, c'est-à-dire essentiellement les personnes âgées de plus de 65 ans. D'après les estimations les plus récentes, 1 % des bénéficiaires de *Medicare*, soit environ 300.000 personnes, épuiseront chaque année leurs droits à remboursement au titre de l'hospitalisation. C'est à cette situation que le projet de loi tente de remédier.

L'adoption définitive du projet de loi est freinée par un conflit entre la Maison Blanche, qui souhaite limiter l'incidence financière du texte sur les fonds fédéraux, et la Chambre des Représentants qui a adopté un texte plus généreux.

Le principe du texte est simple : les adhérents de *Medicare*, moyennant une prime supplémentaire de 60 \$ par an, auraient droit à la prise en charge, assortie d'une franchise, des frais de soins de longue durée occasionnés par une maladie chronique.

Les points de divergence, tels qu'ils ont été exposés à la délégation par M. Gradison, représentant républicain de l'Ohio, sont de trois ordres :

- le montant de la franchise au-delà de laquelle l'assuré est intégralement remboursé : l'administration fédérale propose de la fixer à 2.000 \$ alors que la Chambre des Représentants souhaite l'abaisser à 1.700 \$;

- la mise en place du financement supplémentaire : l'administration fédérale propose une prime forfaitaire de 5 \$ par mois et par bénéficiaire alors que la Chambre serait favorable à une contribution progressive, variant avec le revenu ;

- l'étendue de la prise en charge : la Chambre souhaite que les médicaments soient intégralement couverts par *Medicare* alors que l'administration propose un remboursement partiel avec franchise et ticket modérateur.

Ces points de litige ne sont pas mineurs puisque selon le niveau de garantie accordé, le coût de cette extension de *Medicare* pourrait être de 5 à 6 milliards de \$ par an (dans l'hypothèse basse) ou de 10 à 12 milliards de \$ par an (dans l'hypothèse haute), ce qui représente en tout état de cause une forte augmentation du fonds fédéral *Medicare*, qui était de 76 milliards de \$ en 1986.

Lors de la visite de la délégation, au moins de septembre 1987, le projet de loi était adopté par la Chambre des Représentants et attendait son passage au Sénat. Il devrait être définitivement voté au cours de l'automne 1987.

En tout état de cause, ce projet de loi n'apportera qu'une solution partielle au problème des longues maladies. La population âgée, plus fréquemment sujette à ce type d'affection sera mieux protégée, grâce à *Medicare*. Certains souhaiteraient aller plus loin en faisant de la couverture contre les maladies catastrophiques une clause obligatoire pour tous les contrats privés d'assurance maladie.

Enfin, le problème restera crucial pour tous ceux qui ne disposent d'aucune assurance maladie.

2) Le nombre croissant de personnes non assurées

Tout système qui se refuse à rendre obligatoire l'assurance-maladie prend le risque de voir se maintenir une frange de population non assurée. Aux Etats-Unis, le développement des organismes de protection privés n'a pas permis de généraliser l'assurance maladie. Au contraire, depuis 1980, le nombre de personnes sans assurance maladie n'a cessé de croître.

. l'appréciation du phénomène

D'après les informations données à la délégation par divers interlocuteurs, et notamment par les collaborateurs du sénateur Edward Kennedy, le nombre de personnes sans assurance maladie est généralement estimé à 37 millions de personnes, soit environ 15 % de la population totale. Cette population est en augmentation rapide puisqu'elle aurait évolué ainsi de 1980 à 1985 (en millions).

1980	1981	1982	1983	1984	1985
30,5	31,0	33,0	35,3	37,1	37,2

On estime que 24,3 millions d'entre eux (soit près des deux-tiers) sont des travailleurs à temps plein (17 heures 1/2 au minimum par semaine) et les membres de leur famille (7,4 millions d'enfants). La fraction restante représente des personnes sans travail ou exerçant une activité intermittente ou à temps réduit.

Les non assurés forment une catégorie minoritaire qui ne parvient pas à accéder aux avantages sociaux procurés par les entreprises sans pour autant répondre aux critères d'une prise en charge par les programmes publics. Il s'agit en effet d'une population de moins de 65 ans qui dispose de revenus supérieurs au plafond exigé par *Medicaid*, donc suffisants pour subsister, mais qui doit limiter sa consommation de soins de santé et qui est surtout extrêmement vulnérable aux conséquences financières d'une grave maladie.

Selon une étude de la fondation Robert Wood Johnson citée par les services du Sénateur Kennedy, un million d'américains se voient refuser des soins chaque année parce qu'ils ne possèdent pas d'assurance et 14 millions renonceraient à solliciter les soins dont ils estiment avoir besoin en raison du coût qui serait entièrement à leur charge. Par ailleurs, chaque année, 2 millions de familles doivent assumer des frais supérieurs à 3.000 \$ pour les soins correspondant à des maladies catastrophiques.

La mauvaise couverture sociale provoque dans la catégorie sans assurance, un moindre recours à la médecine préventive, ce qui n'est pas sans graves conséquences lorsqu'il s'agit par exemple de femmes enceintes. Un moindre recours aux soins préventifs se traduit généralement par une gravité accrue de la maladie lorsqu'elle se déclenche. De manière générale, on peut dire que cette catégorie de population est plus vulnérable médicalement et financièrement que la moyenne.

Les causes de cette situation sont à la fois traditionnelles et nouvelles.

En l'absence d'obligation pour les entreprises d'assurer leur personnel, toute une frange de la population salariée a toujours échappé à l'assurance maladie. La fréquence des avantages sociaux fournis par l'entreprise est fonction de sa taille, de ses performances, du niveau de syndicalisation mais également de la qualification du personnel, que l'on veut chercher à conserver. C'est donc dans le tissu des petites entreprises peu syndicalisées et à faible niveau technique que les personnels sont les moins assurés.

Deux facteurs plus récents permettent également d'expliquer l'accroissement du nombre de personnes non assurées. La modification des types d'emploi se traduit par un développement du travail temporaire et intermittent et par une plus grande mobilité. C'est au contraire le salarié stable, travaillant à plein temps et bénéficiant d'une certaine ancienneté, qui est le plus susceptible d'être couvert par un plan d'entreprise. En outre, une grande partie des emplois créés au cours des dernières années l'ont été dans de petites entreprises, peu portées à couvrir leurs employés. Le second facteur est sans aucun doute l'augmentation du coût de l'assurance. Il résulte pour une part de l'accroissement continu des dépenses de santé. Il provient également en partie de l'existence d'un grand nombre de non assurés.

Ce dernier point peut paraître relever d'un paradoxe. Il témoigne plutôt d'un véritable cercle vicieux que l'on pourrait schématiser ainsi. On estime généralement qu'en dernière analyse, les frais médicaux de ceux qui ne peuvent payer sont à la charge de ceux qui sont assurés. Autrement dit, les organismes d'assurance incluent dans leurs tarifs la cotisation que paie chaque assuré pour lui-même et celle qu'il paie pour les personnes non assurées. On se trouve alors face à des primes d'assurances plus élevées, ce qui décourage les petites entreprises et les travailleurs indépendants de souscrire.

Ainsi, on assiste à une coupure de plus en plus nette dans la population entre d'une part, ceux qui disposent d'une couverture toujours plus complète mais aussi plus coûteuse et, d'autre part, les non assurés qui ne peuvent assumer les conséquences financières du premier incident de santé. L'absence d'assurance maladie généralisée apparaît donc comme un facteur considérable d'inégalités.

Un nombre important d'interlocuteurs rencontrés par la délégation ont estimé que cette situation n'était pas acceptable et qu'elle faussait gravement le fonctionnement d'un système confronté à une dérive des dépenses. Mais la délégation a également constaté qu'en l'état actuel des choses, le changement radical qu'impliquerait la généralisation de l'assurance maladie n'est pas encore à l'ordre du jour.

. les propositions de généralisation de l'assurance maladie

Nous avons vu que l'idée d'un système national d'assurance maladie, à l'image de ce qui avait été réalisé pour les retraites, a été

périodiquement rejeté. Il s'agit d'un thème essentiellement invoqué par le parti Démocrate, qui est simplement parvenu à imposer deux programmes minimaux, *Medicare* et *Medicaid*, sous la présidence de Johnson.

La création d'un système national d'assurance maladie fait aujourd'hui partie des préoccupations du sénateur démocrate Edward Kennedy, président de la commission des affaires sociales, qui a déposé au mois de mai dernier sur le bureau du Sénat une proposition de loi en ce sens. En réalité, il s'agit plutôt d'étendre la couverture privée à un plus grand nombre de salariés que de bouleverser l'architecture du système actuel en étendant le champ d'application des programmes publics.

Il a semblé à la délégation que la probabilité de mettre en place prochainement la généralisation de l'assurance maladie était encore très faible et ce pour deux raisons :

- la proposition du Sénateur Kennedy s'est fixée un objectif limité, à savoir réduire la proportion de non assurés en couvrant l'ensemble des salariés à temps plein du secteur privé ;

- cette proposition, bien que limitée, suscite de vives oppositions des milieux économiques et médicaux et de l'actuel gouvernement.

La proposition du Sénateur Kennedy demeure limitée dans ses objectifs.

Elle entend imposer à tous les employeurs de prévoir une couverture minimale en matière de maladie pour l'ensemble de leurs salariés à plein temps et leurs familles, cette protection incluant les maladies catastrophiques avec une franchise de 3.000 \$ (le salarié à plein temps est celui qui effectue plus de 17 heures 30 par semaine). La proposition fixe un montant maximal des franchises et du ticket modérateur qui pourront être exigés pour chaque type de remboursement. Les employeurs régleraient 80 % de la cotisation en règle générale et 100 % pour les salariés dont le revenu est inférieur à 125 % du seuil de pauvreté. La proposition prévoit également que les petits employeurs d'une même région pourront se regrouper en vue de contracter dans de meilleures conditions avec les organismes d'assurance privés.

Cette proposition reste dans le cadre de l'organisation actuelle de l'assurance maladie, c'est-à-dire qu'elle ne prévoit aucun accroissement de l'intervention gouvernementale par l'intermédiaire de fonds publics. La proposition ne résoud qu'en partie la question des non assurés puisqu'elle toucherait uniquement les salariés à temps plein et leurs familles, soit 24,3 millions de personnes. 12,8 millions de personnes (dont 2,6 millions d'enfants) resteraient encore dépourvues de protection.

Le coût global de ce projet est évalué à 25 milliards de \$.

De l'avis général, cette proposition possède actuellement de faibles chances de succès. Soutenue par les syndicats, elle provoque des réactions nuancées chez les employeurs. Certaines grandes entreprises comme *American Airlines* ou *Chrysler* ont réagi favorablement à cette proposition. Les grandes entreprises, qui assurent une bonne couverture sociale de leurs salariés ont, il est vrai, peu à redouter d'une telle législation, qui ne les affecterait pratiquement pas. Elles pourraient même en attendre une diminution des charges "indues" qu'elles supportent, au titre de la répercussion sur les primes d'assurances de l'insolvabilité des personnes non assurées. Certains employeurs estiment également que l'absence de charges sociales dans les petites entreprises constitue une distorsion de concurrence inacceptable et seraient donc favorables à une généralisation de l'assurance maladie.

En revanche, les petits et moyens entrepreneurs restent extrêmement réticents à se voir imposer une obligation d'assurance et des normes minimales. Les conséquences sur l'emploi d'une telle proposition sont fréquemment évoquées pour la récuser et souhaiter le maintien du système actuel, fondé sur l'assurance facultative.

La réaction du corps médical est plus nuancée. D'une manière générale, il craint qu'une généralisation de l'assurance maladie par l'instauration de formules obligatoires ne se traduise par un contrôle accru des financements publics et privés sur la distribution de soins.

L'obstacle majeur que rencontre cette proposition est sans aucun doute la volonté du gouvernement fédéral de maîtriser les dépenses de santé. Cet objectif se traduit tant par une rationalisation des programmes publics que par un souci d'accroître la concurrence dans les programmes privés. Au moment où les dépenses s'accroissent encore sur un rythme très rapide, la réglementation du secteur de l'assurance maladie privé irait à l'encontre des effets recherchés.

Pour conclure, on peut estimer que l'incapacité à généraliser la protection contre la maladie à l'ensemble de la population constitue un échec important de la voie choisie par le système américain. La conséquence principale est de créer de fortes inégalités au sein de la population selon qu'elle bénéficie d'une protection (publique ou privée) ou non.

La concurrence accrue rend aujourd'hui plus difficile la résorption de ces inégalités car le système se trouve confronté à la nécessité de freiner les dépenses.

II - UN SYSTEME DE SANTE EN MUTATION

Après avoir pris connaissance de l'organisation complexe de l'assurance-maladie et de ses imperfections, la délégation de la commission des affaires sociales a tenté de mieux cerner les caractéristiques essentielles de son évolution actuelle. Elle a éprouvé le sentiment de se trouver face à un système en pleine mutation. Cette impression repose sur des éléments bien souvent diffus ou difficiles à appréhender. On peut toutefois essayer de les ordonner et de les schématiser en dressant un triple constat :

. les dépenses de santé atteignent aux États-Unis un niveau inégalé dans le monde et leur maîtrise devient aujourd'hui un sujet de préoccupation central pour le gouvernement et les responsables économiques

. la mise en place de mécanismes régulateurs de la dépense, notamment une nouvelle tarification hospitalière, est susceptible de modifier les comportements sans pour autant stopper l'inflation des coûts

. le système de santé est de plus en plus dominé par la concurrence et l'économie de marché, les distributeurs de soins se trouvant soumis à des pressions toujours plus fortes des financeurs et des consommateurs.

A - Les dépenses de santé atteignent un niveau inégalé

Nous avons signalé que la couverture en assurance maladie étant loin d'être généralisée, une fraction de la population est contrainte de limiter sa consommation de soins. Nous avons également signalé que la part de dépenses laissée à la charge de l'individu est plus forte aux États-Unis que dans les autres pays industrialisés, ce qui constitue un second facteur de modération. Pourtant, c'est aux États-Unis que les dépenses de santé atteignent le plus fort pourcentage de la richesse nationale. Ceci démontre qu'il existe aux États-Unis une très forte pression à la hausse des dépenses de santé, qui s'est d'ailleurs traduite par une augmentation continue des dépenses tant publiques que privées au cours des dernières années.

1) Les facteurs de l'augmentation des dépenses de santé

Les facteurs de l'augmentation des dépenses de santé sont bien connus car la plupart d'entre eux se retrouvent dans l'ensemble des pays développés. Mais dans un grand nombre de cas, leurs effets sont accentués par les spécificités du système américain.

Le facteur démographique joue aux États-Unis comme dans tous les pays développés. L'allongement de l'espérance de vie accroît le nombre des personnes âgées, dont le niveau de consommation médicale est beaucoup plus élevé que la moyenne.

L'espérance de vie moyenne est actuellement de 75 ans aux États Unis, soit un niveau à peu près comparable à la France et l'Italie, supérieur à celui de la RFA et du Royaume-Uni (74 ans), mais inférieur à celui du Canada (76 ans), de la Suède et du Japon (77 ans). Ce qui frappe surtout, c'est l'augmentation rapide de cette espérance de vie aux États-Unis durant les quinze dernières années. On est passé, pour les hommes, d'une espérance de vie de 67 ans en 1972 à 68 ans en 1974, 69 ans en 1976, 70 ans en 1981 et 71 ans en 1984. Pour les femmes, on est passé de 75 ans en 1972 à 76 ans en 1976, 77 ans en 1978 et 78 ans en 1982.

L'accroissement de la population âgée a coïncidé avec la mise en place du programme *Medicare* qui se fixait précisément pour objectif de garantir un niveau correct d'assurance-maladie pour les personnes de plus de 65 ans. Il s'en est suivi un gonflement très rapide des dépenses fédérales au titre de *Medicare*. Parallèlement, le problème des soins de long séjour pour les personnes âgées s'est posé avec plus d'acuité. Ces soins (*Nursing Home*) représentaient en 1987 près de 10 %

des dépenses totales de santé ; ils nécessitent en effet des structures particulières et la présence d'un personnel nombreux. A San Francisco, qui est à la fois ville et comté, le financement de l'hôpital spécialisé dans le long séjour *Laguna Honda*, visité par la délégation, représente un budget annuel de 60 millions de \$ pour 1 100 lits, sur une dépense totale de santé publique de 360 millions de \$ (dont 160 millions de \$ pour l'Hôpital général public de San Francisco). Le vieillissement de la population reste donc une source de dépenses considérables pour les années futures.

Un deuxième type de facteur est d'ordre culturel. L'aspiration au bien-être et à la santé, la volonté de bénéficier d'un niveau toujours meilleur de soins sont la caractéristique des nations développées. Elle ne peut être qu'accentuée dans le pays industrialisé qui a atteint le plus haut niveau de développement. La force de ce facteur explique sans doute que le niveau des dépenses soit si élevé en dépit du niveau relativement faible de la couverture collective et de la part importante des frais qui est supportée directement par le malade. Ceci indique que les américains sont sans doute prêts à consacrer une part plus importante de leurs ressources aux soins de santé.

Si les facteurs démographiques et culturels influent sur la demande de soins, d'autres agissent sur l'offre.

Les facteurs techniques, liés au très haut niveau médical, jouent à plein aux Etats-Unis. Les progrès de la médecine permettent d'élaborer de nouveaux traitements, très coûteux mais très performants. Les années 1970 voient se développer rapidement les soins intensifs, utilisant des matériels perfectionnés ; les centres de traumatologie se multiplient. Le nombre d'opérations pratiquées chaque année aux Etats-Unis passe de 15 millions en 1970 à 20 millions en 1975 et 25 millions en 1981. Le haut niveau technique du système hospitalier est immédiatement perceptible, comme a pu s'en rendre compte la délégation lors de plusieurs visites d'établissements. La diffusion de la technologie médicale s'est rapidement effectuée. Apparus aux Etats-Unis en 1973, les scannographes étaient au nombre d'un millier en 1977 et le mouvement n'a fait que s'amplifier depuis lors. Il en a été de même pour les appareils de médecine nucléaire, dont le coût dépasse le million de dollars et qui étaient déjà au nombre de 100 en 1984.

Dans le même ordre d'idée, il faut mentionner les effets d'un équipement hospitalier très développé. Dans les années 1970, le nombre de lits s'est accru de 50 % plus vite que la population. S'agissant d'équipements lourds, ils se sont vite révélés surcapacitaires. Ainsi, en 1970, le taux d'occupation des lits hospitaliers était de 80 %. Entre

1973 et 1983, il a varié entre 76 % et 78 %. Depuis 1984, avec l'entrée en vigueur d'une nouvelle tarification hospitalière qui encourage la réduction des durées d'hospitalisation, le taux d'occupation est tombé à 72 %, puis à 69 % en 1985. Les pouvoirs publics tentèrent de mettre en place une planification comparable à notre carte sanitaire, en prévoyant la délivrance au niveau local de certificats de besoins (*Certificates of need*), nécessaires à la construction d'hôpitaux. En réalité, cette réglementation a eu pour seul effet d'accroître les démarches administratives et les délais des opérations, sans empêcher une augmentation quelque peu désordonnée de la capacité hospitalière. Cette surcapacité se traduit bien évidemment par des coûts supplémentaires, notamment en raison des dépenses de personnel, qui représentent une part déterminante du total des frais hospitaliers (80 % au total et près de 55 % en excluant les honoraires médicaux). Les réductions de personnel ont eu peu d'effet puisqu'elles allaient généralement de pair avec un relèvement du niveau de qualification et donc de rémunération des employés. Ainsi, l'effectif employé par lit s'est réduit mais le coût par employé a augmenté.

La démographie médicale joue, comme en France, un rôle important dans l'évolution des dépenses. Pour s'en tenir à des ordres de grandeur significatifs, on peut dire que le nombre de médecins est passé de 300 000 en 1965 à 400 000 en 1975 et près de 550 000 en 1985. Une forte démographie médicale porte en elle un risque permanent de surcoût, par le biais d'actes inutiles. Cette tendance bien connue se trouve fortement accentuée aux États-Unis par le régime très particulier de la responsabilité médicale, sur lequel nous reviendrons. On peut simplement dire que la multiplication des procès intentés aux médecins pour faute professionnelle (*malpractice*) coûterait, selon certaines estimations, de 45 à 50 milliards de \$ par an. Cette somme inclut les primes d'assurance supplémentaires et les dommages-intérêts versés par les médecins (20 millions de \$ environ), mais également les conséquences financières induites par la pratique d'une médecine "défensive", qui tend à se prémunir d'un risque de procès par un maximum de précautions et donc d'actes médicaux parfois inutiles.

Enfin, à l'ensemble de ces facteurs, il convient d'ajouter les effets de l'extension de l'assurance-maladie à une plus grande partie de la population, même si certains en demeurent exclus. La plupart des programmes étaient, il y a quelques années encore, fondés sur des mécanismes de remboursement a posteriori et dont on a estimé qu'ils n'étaient pas susceptibles de réguler les dépenses.

2) Le niveau des dépenses de santé en 1986

La dépense nationale de santé s'élevait en 1986 à 458,2 milliards de \$, soit 10,9 % du Produit National Brut, ce qui représente par tête, une dépense annuelle de 1 837 \$. Le secteur des services de santé représentait le troisième secteur d'activité du pays, après l'industrie et le commerce avec 6,9 millions de travailleurs, soit 8,1 % de la population active non agricole.

En termes d'évolution, on remarque que les dépenses s'accroissent sur un rythme rapide. En 1965, les Etats-Unis connaissaient un niveau de dépenses de santé comparable à la France : 5,9 % du PNB. Ce taux est passé à 7,4 % en 1970, 9,1 % en 1980, 10,4 % en 1984, 10,6 % en 1985 et 10,9 % en 1986. Le chiffre avancé pour 1987 se situerait aux alentours de 11,5 %. Les prévisions des actuaires de l'administration fédérale, fondées sur les tendances actuelles, prévoient que le niveau de 15 % du PNB sera atteint en l'an 2 000.

En termes de comparaison internationale, les Etats-Unis demeurent le pays de l'OCDE qui vient en tête pour les dépenses de santé. Se fondant sur des notions comptables qui lui sont propres, l'OCDE établissait le classement suivant en 1984 :

- 10,7 % du PIB	Etats-Unis
- de 9 à 10 %	Suède, France
- de 8 à 9 %	Pays-Bas, Canada, R.F.A., Irlande,
- de 7 à 8 %	Italie
- de 6 à 7 %	Japon, Danemark, Belgique, Grande-Bretagne
- de 4,5 à 6 %	Espagne, Portugal, Grèce

Le classement était en revanche tout différent s'agissant de la part des dépenses publiques de santé dans le PIB. C'est alors la Suède qui se retrouve avec le niveau le plus élevé 8,6 %, la France étant à 6,5 %, et la Grande-Bretagne à 5,3 %. Les Etats-Unis, avec un taux de 4,4 %, étaient l'un des pays de l'OCDE qui consacrent la plus faible part de son PIB à la dépense publique de santé.

Il faut également ajouter que les Etats-Unis ayant de loin le plus fort PIB par habitant de l'OCDE, leur dépense de santé ramenée au niveau de la population n'en est qu'amplifiée, ce qui confirme et accentue leur première place en la matière.

S'agissant de la structure de la dépense, on peut effectuer les constats suivants :

- la part de la dépense privée reste prépondérante mais elle diminue, puisqu'elle passe de 73 % en 1965 à 63 % en 1970 et à 58,6 % en 1986. C'est donc en grande partie la dépense publique (41,4 %) qui sous-tend l'accroissement rapide des dépenses depuis 1965. Dans ces dépenses publiques, c'est le budget fédéral qui supporte la plus large part des coûts. La part des états et des collectivités locales dans l'ensemble des dépenses de santé a même légèrement diminué (13 % en 1965, 12 % en 1986). En revanche, la part de l'Etat fédéral est passée de 13,2 % en 1965 à 29,4 % en 1986. Ainsi, le partage de la dépense publique de santé a évolué d'un rapport moitié-moitié en 1965 à un rapport deux-tiers un tiers aujourd'hui. L'augmentation de plus de 38 % de la prime versée par les assurés de *Medicare* au titre de l'assurance médicale (partie B), qui vient d'être décidée, traduit la préoccupation de l'administration fédérale de faire face à cette évolution.

. Si l'on exclut les dépenses de gestion (5 % du total environ), les programmes de santé publique du gouvernement, la recherche et la construction, on aboutit à une dépense totale de soins de 404 milliards de \$ en 1986. Cette dépense est supportée par les pouvoirs publics à hauteur de 39,6 %, par les assureurs privés pour 31,6 % et directement par les patients pour 28,7 %.

. Dans les dépenses de soins, l'hospitalisation représente 44,5 %, les honoraires de médecins 22,8 %, l'hospitalisation en centre de long séjour pour les personnes âgées 9,4 %, les médicaments 7,6 % et les honoraires des dentistes 7,3 %. Ces évolutions sont retracées dans les deux tableaux suivants :

Evolution de la dépense nationale de santé de 1965 à 1986

	1965	1970	1980	1984	1985	1986
Dépense nationale de santé (en milliards de \$)	41,9	75,0	248,1	391,1	422,6	458,2
Part de la dépense nationale de santé dans le PNB	5,9 %	7,4 %	9,1 %	10,4 %	10,6 %	10,9 %
Part du financement privé	73,8 %	63,0 %	57,6 %	59,2 %	58,4 %	58,6 %
Part du financement public :						
. budget fédéral	26,2 %	34,0 %	42,4 %	40,8 %	41,6 %	41,4 %
. budgets des états et collectivités locales	13,2 %	23,6 %	28,6 %	28,5 %	29,5 %	29,4 %
	13,0 %	13,5 %	13,8 %	12,3 %	12,2 %	12,0 %

**Répartition de la dépense de soins par type de soins
et par type de financement**

	Montant en milliards de \$	Part dans le total (en %)	Part payée par le patient (en %)	Part payée par les assureurs privés (en %)	Part payée par les programmes publics (en %)
Soins hospitaliers	179,6	44,45	9,4	37,3	53,3
Honoraires médecins	92,0	22,77	28,5	42,2	29,3
Honoraires dentistes	29,6	7,32	64,4	33,4	2,2
Médicaments	30,6	7,57	74,8	14,7	10,5
Soins long séjour	38,1	9,43	51,0	1,5	47,5
Autres	34,2	8,46	34,2	21,1	44,4
Total	404,9	100	28,7	31,6	39,6

Le haut niveau des dépenses médicales traduit incontestablement une amélioration très nette de la situation sanitaire générale et le perfectionnement des techniques de soins. Toutefois, aux Etats-Unis plus que dans tout autre pays développé est apparue la nécessité de maîtriser cette évolution très rapide des coûts. Cela tient essentiellement à la volonté de ceux qui sont devenus les principaux financeurs du système de soins : l'état fédéral et les collectivités publiques d'une part, dont les programmes se sont considérablement développés depuis 1965 et consacrent une part de plus en plus forte de leurs budgets à la santé publique, les entreprises d'autre part, dont les charges sociales s'accroissent par le biais des assurances maladies privées.

Deux moyens essentiels ont été employés pour freiner l'inflation des coûts :

- l'institution d'une régulation des dépenses par la généralisation des formules de pré-paiement, à l'image de la nouvelle tarification hospitalière,

- l'accroissement de la concurrence et des mécanismes de marché qui entraîne de fortes pressions sur les distributeurs de soins.

B - La généralisation des formules de pré-paiement

Le remboursement des dépenses de soins restait il y a

quelques années encore, largement fondé sur un paiement a posteriori. Mais les financeurs, pouvoirs publics et entreprises (par l'intermédiaire de leurs organismes d'assurance) ont depuis lors développé de nouveaux modes de remboursement, le paiement des fournisseurs de soins étant fixé a priori. Disposant pour leur rémunération d'une enveloppe globale pré-déterminée, les distributeurs de soins sont alors incités à ajuster leurs coûts de la manière la plus optimale.

La forme la plus remarquable de pré-paiement est sans aucun doute constituée par la nouvelle tarification hospitalière mise en place en 1983 et par le développement des *HMO* et des *PPO*. Cette évolution a eu un effet sensible sur les coûts ces trois dernières années, sans pour autant inverser la tendance à l'accroissement. On peut toutefois s'interroger sur la signification réelle de ces économies : proviennent-elles d'une gestion plus efficiente des soins où résultent-elles d'un transfert de charge sur d'autres sources de financement ?

1) La notion de pré-paiement se généralise avec la nouvelle tarification hospitalière

Le système de paiement prospectif instauré en 1983 pour les frais d'hospitalisation des patients du *Medicare*, présente l'originalité de se fonder sur la pathologie du malade et non sur le niveau effectif des soins qui lui seront dispensés.

Le système pourrait se schématiser ainsi : une fois le diagnostic effectué, l'hôpital reçoit, pour chaque patient, une somme fixe reflétant ce que l'administration estime être le coût moyen de traitement de l'affection considérée. L'hôpital est ainsi encouragé à mettre en oeuvre les moyens les plus efficaces pour traiter le patient, afin de rester dans les limites de cette enveloppe, voire d'en tirer un bénéfice.

L'ensemble du système repose donc sur la détermination a priori d'un coût moyen par malade. Un hôpital recevra rarement une somme correspondant au coût effectif du patient qu'il doit traiter, mais l'important est de se rapprocher au plus près d'un "standard".

Cette formule a tout d'abord été mise en place au niveau d'un état fédéré, le New Jersey, en 1980. Constatant un ralentissement assez net des dépenses hospitalières au New Jersey par rapport à l'ensemble national, les pouvoirs publics l'étendirent au niveau fédéral dans le cadre des amendements apportés à la loi sur la sécurité sociale en 1983. Le *Prospective Payment System (PPS)* instauré en 1983 ne concerne que

les remboursements effectués aux hôpitaux au titre des patients de *Medicare*. Il n'affecte donc qu'une part minoritaire des dépenses hospitalières puisque le *Medicare* versait en 1986 28 % des dépenses d'hospitalisation (12 % des dépenses totales de soins).

Le paiement prospectif repose sur deux éléments clés : la tarification par cas et son application prospective.

. La tarification par cas : les groupes homogènes de malades

La somme versée aux hôpitaux varie selon chaque cas. L'administration fédérale de la santé a établi, à partir d'observations et de statistiques, une nomenclature comprenant 488 groupes homogènes de malades (*Diagnosis related groups ou DRG*). Chaque groupe correspond à une catégorie de cas relativement homogène quant au niveau de ressources utilisées pour les traiter. Ces groupes homogènes ont été déterminés en combinant plusieurs éléments : le diagnostic, qui tient compte de la pathologie et de son indice de gravité, les procédés correspondants de traitement des malades, l'âge du patient.

Bien entendu, l'élaboration concrète des groupes homogènes de malades et la détermination de la somme qui sera versée à chaque hôpital pour un malade, en fonction de son groupe d'appartenance, font appel à des règles plus complexes.

La valeur de chaque *DRG* est pondérée en fonction du coût relatif du cas en cause par rapport à l'ensemble des cas mais également en fonction de caractères spécifiques à chaque hôpital : selon sa localisation urbaine ou rurale, le niveau relatif des salaires et des prix dans sa région ou encore l'importance des fonctions d'enseignement qu'il peut assumer.

. L'application prospective

Les tarifs sont déterminés "a priori" pour chaque groupe homogène et sont réévalués annuellement. Bien entendu, lors du démarrage du système, le montant affecté à chaque *DRG* reflétait en grande part les évolutions constatées durant les années précédentes. En revanche, pour les années suivantes, les taux de réévaluation ont été fixés à l'avance par les autorités fédérales. Celles-ci disposent donc, tout au moins en ce qui concerne *Medicare*, de la possibilité de contrôler le taux d'accroissement des frais d'hospitalisation.

Le paiement prospectif représente donc un changement important dans la politique de santé. Alors que le *Medicare* remboursait automatiquement les hôpitaux après coup, dans les limites d'un tarif raisonnable, il leur impose désormais de respecter une contrainte financière pour chaque type d'hospitalisation.

Pour les hôpitaux, la conséquence du nouveau système est double :

- une incitation à réduire la durée de séjour alors qu'il pouvait se révéler financièrement intéressant auparavant de maintenir à l'hôpital des patients sans justification médicale,

- une incitation à éviter les actes inutiles et coûteux, et même à réduire certains équipements en surcapacité ou à mieux utiliser le personnel.

La mise en place du paiement prospectif a été assortie de procédures d'évaluation et de contrôle.

Beaucoup d'hôpitaux ont mis en place un dispositif d'évaluation interne, destiné à suivre les décisions d'admission prononcées par les médecins et les durées de séjour.

Parallèlement, *Medicare* a passé un contrat, dans chaque état, avec des groupes de médecins chargés de contrôler la fourniture des soins hospitaliers. Ces *Peer Review Organisations (PRO)* ont, sauf en cas d'urgence, la possibilité de remettre en cause une décision d'admission prononcée par un médecin en faisant appel à une "seconde opinion" c'est-à-dire à un autre médecin qui devra confirmer ou infirmer la décision du premier. Les *PRO* examinent également les requêtes des patients qui estimeraient avoir quitté trop tôt l'hôpital ou qui se plaindraient d'un défaut dans la qualité des soins.

- La généralisation du pré-paiement

Bien que ne s'appliquant officiellement qu'aux patients de *Medicare*, le pré-paiement dans le cadre des *DRG* constitue une référence pour l'ensemble des financeurs d'assurance-maladie. Les responsables d'une *HMO* comme *Heals*, à San Francisco, ont par exemple indiqué à la délégation qu'ils établissaient leurs relations avec les hôpitaux sur la base de critères très proches des *DRG*, en tenant compte toutefois d'un âge moyen des patients bien inférieur.

Les financeurs sont de plus en plus tentés de déterminer à l'avance le montant de leurs dépenses, laissant aux fournisseurs de soins la responsabilité de gérer au mieux leurs dépenses effectives et aux patients, celle de modérer leur consommation.

Ce changement dans la conception de la distribution et du financement des soins débouche sur la notion de "soins gérés" (*managed care*). On passe d'un régime où les soins sont dispensés en fonction des besoins à un système beaucoup plus régulé où le volume de soins est avant tout déterminé par des critères de gestion.

Le développement des *HMO* et plus encore celui des *PPO*, assorti d'un contrôle sur le contenu des soins, répond très exactement à cette nouvelle orientation, qui touche aussi bien les soins hospitaliers que la médecine de ville.

2) La généralisation du pré-paiement se traduit par une légère décélération des dépenses.

Depuis 1984, les dépenses de santé continuent à s'accroître. Mais certains signes de décélération apparaissent, notamment en matière hospitalière, sous l'effet des mécanismes de pré-paiement.

. La décélération des dépenses hospitalières

Selon les estimations de l'administration fédérale, l'augmentation annuelle des dépenses hospitalières a été ramenée de 10 % à un rythme de 3 à 4 % l'an depuis l'instauration du paiement prospectif. La durée de séjour moyen à l'hôpital constitue un bon indicateur des effets de la nouvelle tarification.

Pour les patients de plus de 65 ans, c'est-à-dire les ressortissants de *Medicare*, la durée moyennée de séjour qui était de 10 jours en 1982, est passée à 9,6 jours en 1983 et moins de 9 jours en 1985. Dans le même temps, la durée de séjour des patients de moins de 65 ans a légèrement diminué, passant de 5,5 à 5 jours. La mise en place du paiement prospectif a en réalité accentué une évolution perceptible dès le début des années 1970.

Les effets du paiement prospectif doivent toutefois être nuancés, car ils peuvent donner lieu à des conséquences indésirables, et en premier lieu la tentation de compenser une moindre durée de séjour par un plus grand nombre d'admissions, ou des admissions fractionnées.

Le classement de chaque malade dans un groupe homogène au moment du diagnostic peut lui aussi donner lieu à quelques abus, si le médecin est tenté de ranger le patient dans une catégorie procurant un versement fédéral plus important. Les hôpitaux peuvent également chercher à compenser une moindre durée de séjour par une multiplication des consultations externes, qui ne donnent pas lieu à un paiement prospectif. Enfin, on souligne fréquemment les dangers qui pourraient résulter d'une moindre qualité des soins ou encore des sorties accélérées de l'hôpital au seul motif de rester dans les limites de l'enveloppe globale ou même d'en tirer quelque bénéfice.

De l'avis général, les mécanismes de contrôle et de surveillance mis en oeuvre sont parvenus à limiter les effets indésirables d'un tel système. Les abus éventuels semblent demeurer extrêmement minoritaires et ne remettent pas en cause l'effet globalement positif sur les coûts du paiement prospectif.

Un des effets les plus marquants du paiement prospectif dans les hôpitaux est le développement important de l'hospitalisation à domicile. Dans l'ensemble des hôpitaux visités par la délégation, l'hospitalisation à domicile prend une place de plus en plus significative. Inversement, la population hospitalière se caractérise par une pathologie plus aiguë. Les hôpitaux sont moins remplis, puisque leur taux d'occupation est passé de 76 % en 1983 à 69 % en 1985 ; mais ils accueillent une plus forte proportion de personnes très malades. De plus, l'établissement d'un diagnostic ne peut être un but d'hospitalisation; c'est au contraire un préalable à toute admission.

Bien évidemment, cette tendance rend de moins en moins fréquentes les admissions prononcées sur des motifs autres que médicaux. L'hôpital n'est alors plus à même de remplir la fonction sociale qu'il avait pu assumer jusque là, par exemple en prenant en charge des personnes dépourvues d'environnement familial stable.

. Les effets du pré-paiement sur l'ensemble des dépenses de santé

Comme on l'a indiqué tout à l'heure, la formule du paiement prospectif s'est généralisée à l'ensemble du secteur de la santé, dans le cadre de la notion de "soins gérés", promue par les *HMO* et les *PPO*.

La plupart des études montrent que les *HMO* et dans une moindre mesure les *PPO*, se caractérisent par des coûts moins élevés que les assurances traditionnelles. On prête par ailleurs généralement aux formules de soins gérés un meilleur niveau de soins, notamment

grâce à l'utilisation plus effective de la médecine préventive. Ce constat sur le "meilleur rapport qualité/prix" des *HMO* mérite d'être nuancé.

Il a été dressé à une époque où les *HMO* étaient encore peu nombreuses et où la concurrence n'était pas aussi aigüe qu'aujourd'hui, entre fournisseurs de soins.

Depuis lors, le nombre d'*HMO* s'est considérablement accru. L'extrême diversité des *HMO* ne permet plus aujourd'hui de parler de modèle et la volonté de freiner les dépenses de santé a développé une forte concurrence dans la distribution des soins.

On peut cependant estimer que les *HMO* ont conservé leur avantage relatif, en termes d'économies de coût. Mais cet avantage est-il réellement dû à une gestion plus efficiente ou a-t-il été acquis en réduisant les spécificités qui avaient fait jusqu'alors la réputation des *HMO* ?

La délégation a eu une vision trop partielle de ce secteur en pleine mutation pour pouvoir répondre à cette question. Des études comme celles du professeur Luft émettent toutefois des hypothèses qui relativisent l'appréciation que l'on peut porter sur les *HMO*. Ainsi, le moindre recours à l'hospitalisation et les coûts relativement plus faibles des *HMO* pourraient être davantage fonction des caractéristiques de leur clientèle (en général en meilleure santé que la moyenne), que de la structure de leurs mécanismes incitatifs. D'autre part, si les *HMO* ont maintenu leur avantage relatif, c'est en réduisant rigoureusement certains de leur coûts. Les services de médecine préventive seraient ainsi de moins en moins fréquents alors qu'ils constituaient un trait spécifique des *HMO*. Par ailleurs, dans le contexte de compétition ardue que connaît le secteur des soins, certaines *HMO* sont accusées de sélectionner leurs adhérents, en excluant par divers moyens les personnes à risques. Enfin, certaines *HMO* réduisent leur taux d'hospitalisation en restreignant avec vigueur les possibilités d'admission. La délégation a ainsi pu constater dans une *HMO* l'absence d'intervention du médecin dans la procédure d'admission à l'hôpital. C'est le personnel administratif qui décide des admissions en fonction de protocoles pré-établis. Cette pratique peu conforme au respect du secret médical témoigne semble-t-il d'un effort très net de freinage des hospitalisations.

Il semble donc que le maintien de la compétitivité des *HMO* résulte désormais moins de leur mode de fonctionnement que du climat concurrentiel qui les oblige à s'aligner sur la tendance générale de compression des dépenses. Dans ce contexte, la spécificité du modèle *HMO* s'atténue.

Globalement, on peut donc conclure que l'extension des formules de pré-paiement modifie sensiblement les comportements des acteurs du système de santé. Mais compte tenu de la décentralisation de la distribution de soins, c'est la concurrence qui tend à devenir aujourd'hui le facteur d'évolution déterminant.

C - Les distributeurs de soins sont confrontés à des pressions de plus en plus fortes des financeurs et des consommateurs.

La délégation a été frappée de constater que les distributeurs de soins (médecins et hôpitaux), subissaient de manière de plus en plus pesante les pressions des financeurs et des consommateurs, ce qui n'est pas sans risque pour le maintien d'un système de santé de haut niveau.

Ce constat peut être effectué à un double niveau :

- celui des financeurs, qui font jouer la concurrence pour obtenir les coûts les plus faibles,

- celui des consommateurs, qui exigent une qualité toujours meilleure des soins et n'hésitent pas à mettre en jeu la responsabilité civile du praticien devant les tribunaux.

1) La pression des financeurs de soins exacerbe la concurrence.

Le système de santé américain est aujourd'hui marqué par une forte dérégulation. Les organismes d'assurance privée multiplient les formules destinées à maîtriser les coûts au moment où les pouvoirs publics s'imposent une stricte limitation de leurs dépenses de santé.

. La concurrence met en péril certains fournisseurs de soins

La marge d'économies que les fournisseurs de soins sont susceptibles de dégager tend à se réduire alors que les entreprises et les compagnies d'assurance tentent d'obtenir des rabais toujours plus élevés sur les tarifs qui leur sont proposés. Les hôpitaux et les médecins, mais aussi certaines *HMO*, sont confrontés à l'alternative suivante : baisser significativement leurs tarifs pour rester compétitifs ou perdre leur part de marché.

Il a ainsi été dit à la délégation que certains hôpitaux avaient été jusqu'à consentir des rabais de 30 %, 40 %, voire 50 % sur leurs tarifs habituels pour conserver la clientèle que leur procurait une compagnie d'assurance ou une entreprise privée.

De même, en bloquant leurs bases de remboursement grâce à la procédure du paiement prospectif, les pouvoirs publics obligent les hôpitaux à soigner les patients du *Medicare* moyennant un paiement bien inférieur à leur coût réel. Un grand nombre de responsables hospitaliers ont indiqué à la délégation que leur établissement perdait de l'argent en acceptant d'accueillir des malades relevant des programmes publics *Medicare* ou *Medicaid*. Mais cette situation leur paraît encore préférable à la perte pure et simple de cette clientèle.

Dans cette conjoncture, il semble que les grandes organisations résistent mieux que les petites. Ainsi, le groupe privé commercial *National Medical Enterprise*, le deuxième groupe privé commercial américain, a réussi à conserver une stratégie compétitive. Les restrictions de remboursement dans un système hospitalier surcapacitaire entraînent cependant inévitablement de fortes turbulences. D'après la direction de *National Medical Enterprise*, plus de 400 établissements hospitaliers auraient dû fermer leurs portes au cours des dernières années. Des difficultés similaires menaceraient également plusieurs *HMO*.

Face à la concurrence, les hôpitaux tentent également de faire jouer la qualité des services qu'ils proposent. Ils cherchent ainsi à diversifier leurs activités en développant certaines activités spécifiques susceptibles d'exercer un effet attractif sur la clientèle. C'est le cas par exemple du *Saint Francis Memorial Hospital*, hôpital privé à but non lucratif de San Francisco qui cherche à développer son service d'hospitalisation à domicile et qui a créé un centre de médecine sportive sur lequel il dégage des bénéfices.

La logique de marché induite par la multiplicité des financeurs et des fournisseurs peut toutefois engendrer des effets nocifs sur la qualité des soins. En effet, pour diminuer les coûts, certains types de soins jugés peu nécessaires sont de moins en moins dispensés. On peut se demander si la régression de la médecine préventive ne provoquera pas à terme une aggravation du niveau sanitaire et des conséquences financières importantes. De même, l'absence de réévaluation de leurs rémunérations provoque une véritable pénurie d'infirmières, extrêmement dangereuse pour l'évolution du système hospitalier.

Si la concurrence se traduit par des économies directes de gestion, n'est-elle pas acceptable d'amourdir l'efficacité globale du système de soins ?

1. La concurrence renforce les inégalités de couverture sociale

Le climat actuel de concurrence ne favorise pas, bien au contraire, le règlement de la question des populations non assurées. Les financeurs estiment qu'ils supportent in fine une part non négligeable des frais médicaux des personnes non assurées. Leur idée force est aujourd'hui de se délester de ces charges indues. Les entreprises exigent donc de plus en plus des tarifs correspondant au risque réel représenté par leurs salariés.

L'approche des organismes d'assurance privés (compagnies, *HMO*) est désormais extrêmement sélective, puisqu'ils tentent d'éliminer de leur clientèle le mauvais risque, pour conserver des assurés à moindre consommation médicale et abaisser leurs tarifs.

L'étape ultime de ce raisonnement est atteinte par les entreprises qui décident d'assurer elles-mêmes leurs salariés. L'auto-assurance, qui tend à se répandre, devient le moyen d'être certain que l'on ne supporte en aucun cas les risques encourus par autre que soi.

La sélection par le risque s'est récemment manifestée par le refus d'assurance opposé à des malades atteints du SIDA. Cette tendance a pour principal effet de rejeter sur les hôpitaux publics et sur l'assistance générale les personnes les moins bien couvertes en assurance maladie.

On peut conclure que :

- le fossé s'accroît entre ceux qui disposent d'une bonne couverture sociale et ceux qui n'en ont pas, les premiers refusant de supporter une part des coûts engendrés par le défaut d'assurance des seconds,

- le problème de la population non assurée relève désormais en priorité de la responsabilité des pouvoirs publics.

2) La pression des consommateurs affaiblit la position des distributeurs de soins: la responsabilité civile des médecins.

Les services de santé étant désormais considérés comme un produit économique à part entière, l'exigence des consommateurs face aux médecins et aux hôpitaux s'accroît. La traduction la plus spectaculaire de ce changement de mentalité réside dans le développement de la mise en jeu de la responsabilité médicale devant les juridictions. Cette particularité du système judiciaire américain produit des effets considérablement nocifs sur l'évolution médicale aux Etats-Unis, tant en terme de coûts que de qualité des soins.

- La multiplication des procès intentés aux médecins

Le droit de la responsabilité civile, tel qu'il est fixé par de nombreux états fédérés, permet aux patients d'intenter devant les juridictions des actions à l'encontre des fautes professionnelles des médecins (*malpractice*). Le médecin se trouve tenu vis-à-vis de son patient à une obligation de résultat, non pas à une obligation de moyen. La législation variant d'état à état, le problème ne revêt pas partout la même importance, mais les données suivantes permettent de mesurer l'ampleur du problème :

- le montant moyen de l'indemnisation d'une victime en cas de faute médicale est passé de 166 165 \$ en 1974 à 1 174 095 \$ en 1985,

- il y a dix ans, il y avait trois procès pour 100 médecins chaque année ; le chiffre est actuellement de 20, ce qui veut dire qu'un médecin sur cinq est poursuivi chaque année,

- le nombre d'indemnités versées dépassant 1 million de \$ est passé de 4 en 1974 à 79 actuellement. La plus forte condamnation prononcée prévoyait une indemnité de 29 millions de \$;

- les primes d'assurance versées par les médecins varient de 2 000 \$ par an pour un médecin rural à 100 000 \$ par an pour des praticiens hautement spécialisés ;

- lorsque le procès va jusqu'à son terme, le jugement est prononcé dans 25 % des cas en défaveur du médecin.

Le problème de la responsabilité médicale touche plus particulièrement certaines disciplines : la gynécologie et l'obstétrique, la neurochirurgie et la chirurgie en général.

Pour autant, le niveau professionnel des médecins américains ne paraît pas pouvoir être mis en cause. En fait, le développement fulgurant des condamnations pour fautes professionnelles peut être expliqué par la conjonction de plusieurs facteurs : évolution des mentalités, spécificité des règles de droit civil, recherche d'un nouveau champ d'activité pour les professions judiciaires, haut niveau technologique de la médecine.

- Les conséquences de la mise en jeu de la responsabilité médicale

Elles sont nombreuses et généralement très négatives :

- augmentation des coûts liés aux primes d'assurance et au règlement des indemnités, qui se répercute en partie sur les honoraires médicaux,

- affaiblissement de la position du médecin, sur qui pèse la menace constante d'un procès,

- pratique d'une médecine "défensive", multipliant les actes inutiles ou de précautions. Son coût est évalué à 15 milliards de \$ par an par l'*American Medical Association*, mais elle peut avoir quelques effets positifs sur la prévention et le dépistage ;

- désaffection pour les spécialités jugées à hauts risques : obstétrique, neurochirurgie. En Floride, où le problème est le plus aigu, un tiers des obstétriciens aurait abandonné leur spécialité pour cette raison.

Certains états ont réagi en imposant des limites aux dommages-intérêts susceptibles d'être versés et aux commissions des avoués, en exigeant une procédure d'arbitrage ou encore en instaurant un filtrage plus rigoureux des plaintes avant leur aboutissement. La législation est toutefois doublement difficile à changer : on ne peut procéder au niveau fédéral puisqu'elle relève de la compétence des états et le corps judiciaire s'oppose fermement à toute restriction de ce type de procédures.

La mise en jeu de la responsabilité professionnelle accentue donc les pressions que subissent médecins et professions médicales et provoque de graves désordres dans l'évolution du système de santé.



Donner un aperçu du système de santé aux Etats-Unis, tel qu'on peut l'étudier au cours d'une mission parlementaire, n'est pas chose facile, tout d'abord parce qu'il s'agit d'un système complexe et décentralisé, ensuite parce qu'il évolue aujourd'hui très rapidement.

Toutefois, la délégation croit pouvoir dégager les points les plus importants qui reflètent son sentiment sur la situation actuelle de l'assurance maladie et du système de santé aux Etats-Unis.

1 - Les dépenses de santé atteignent globalement aux Etats-Unis un niveau inégalé : elles mettent en lumière l'accroissement de la consommation médicale inhérente à toute société développée mais aussi le très haut niveau médical atteint par les Etats-Unis.

2 - C'est aux Etats-Unis que la part moyenne de la dépense de santé supportée par l'individu est la plus forte. Cela tient au caractère limité de la couverture offerte par les programmes publics et privés d'assurance et à l'importance de la population dépourvue de toute couverture en assurance maladie. Mais le niveau de garantie est très variable, ce qui engendre de fortes disparités.

3 - La concurrence entre fournisseurs de soins apparaît aujourd'hui comme l'instrument privilégié d'une réduction des dépenses. Cela est rendu possible par l'architecture d'un système qui a strictement limité la couverture publique obligatoire et encouragé la couverture privée facultative. Cette concurrence pèse fortement sur les hôpitaux et le corps médical, contraints de réduire leurs coûts et elle accroît les disparités entre la population protégée et celle qui ne l'est pas.

4 - L'absence d'assurance maladie pour 15 % de la population est le principal échec du système et devient de moins en moins supportable. Dans un système de solidarité limitée, la prise en charge collective de cette population est de moins en moins acceptée. Les conditions économiques rendent toutefois improbable dans l'immédiat la généralisation de l'assurance maladie à l'ensemble de la population.

TROISIEME PARTIE : LE SIDA AUX ETATS-UNIS

Bien qu'ayant consacré l'essentiel de son temps à l'étude de la protection sociale, la délégation a tenu à évoquer avec les responsables de la politique de santé les caractéristiques et les implications du développement du SIDA aux Etats-Unis, pays du monde occidental où la maladie atteint ses plus fortes proportions.

La délégation voudrait ici résumer très succinctement les informations qu'elle a pu recueillir sur ce sujet spécifique au cours de contacts avec les responsables fédéraux à Washington, et surtout à l'occasion de son séjour à San Francisco. Deux points seront successivement évoqués :

- les données épidémiologiques
- la politique des pouvoirs publics et les conséquences financières de la maladie.

I - DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES SUR LE SIDA AUX ETATS-UNIS

Il faut souligner immédiatement la difficulté d'établir des données épidémiologiques fiables s'agissant des malades atteints du SIDA et plus encore des personnes séropositives. Un recensement systématique étant peu envisageable et en tout état de cause non prioritaire, les données dont on dispose proviennent de déclarations ou d'extrapolations à partir d'échantillons. La fiabilité de ces données varie considérablement de pays à pays, ce qui incite à rester extrêmement prudent sur les comparaisons internationales. Par ailleurs, l'exploitation de ces données, notamment en vue d'effectuer des prévisions, est extrêmement incertaine, car elle se fonde sur l'analyse rétrospective de l'évolution de la maladie sur un très faible nombre d'années, à savoir depuis son apparition en 1981 jusqu'à l'année 1987. On se limitera donc à citer quelques données très générales sur la situation aux Etats-Unis, au regard d'autres pays, avant de fournir des indications plus précises sur une entité géographique plus limitée : la ville de San Francisco.

A - Données générales sur les Etats-Unis et éléments de comparaisons internationales

1) Le nombre de personnes séropositives

Le nombre de personnes séropositives est bien entendu des plus difficiles à déterminer avec précision et on ne peut parler que d'estimations et d'ordres de grandeur.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), on peut évaluer à 2 millions de personnes le nombre de séropositifs aux Etats-Unis. Pour l'ensemble du monde, les chiffres varient entre 5 et 10 millions. L'Europe compterait 500 000 séropositifs, dont 150 000 à 250 000 en France.

2) Le nombre de malades atteints du SIDA

Des statistiques publiées par l'OMS en mars 1987 font état de plus de 31 000 malades atteints du SIDA aux Etats-Unis, soit approximativement 70 % des malades recensés dans le monde.

Le centre d'étude des maladies d'Atlanta a fourni des informations plus précises sur les Etats-Unis. Elles ne concernent que les malades adultes (plus de 13 ans) et recensent le nombre total de malades déclarés jusqu'au 7 novembre 1986. L'évolution des cas de SIDA déclarés depuis 1981 est la suivante :

	Femmes	Hommes	Total
1981	6	196	202
1982	57	883	940
1983	219	3 096	3 315
1984	521	7 480	8 001
1985	1 090	15 542	16 632
1986	1 819	25 317	27 136

Au total, plus de 27 000 cas de SIDA chez les adultes avaient été recensés au mois de novembre 1986. Deux états regroupaient à eux seuls plus de la moitié des cas : New-York (8 582 cas) et la Californie (7 084 cas).

Comme l'indique le tableau suivant, la quasi totalité des cas de SIDA masculins se retrouve dans deux catégories : homosexuels ou bisexuels (79 %) et toxicomanes par voie intraveineuse (14 %). La toxicomanie intraveineuse est en revanche le premier mode de transmission pour les femmes (48 %), avant les rapports hétérosexuels (26 %).

Répartition des cas de SIDA chez les adultes par mode de transmission et par sexe en 1986 aux Etats-Unis

	Femmes	Hommes
Homosexuels ou bisexuels	-	79 %
Toxicomanes par voie intraveineuse	48 %	14 %
Hémophiles	0,4 %	1 %
Hétérosexuels	26 %	0,4 %
Transfusés	10 %	1,5 %
Sujets nés dans un pays où la transmission est hétérosexuelle*	5 %	1 %
Mode de transmission indéterminé	10 %	3 %

* Sujets présumés avoir acquis le SIDA par transmission hétérosexuelle car nés dans un pays où ce mode de transmission joue un rôle essentiel (Haïti, Afrique centrale).

Sans tirer de conclusion générale, il se confirme au vu de ces données, que la concentration des cas de SIDA dans les deux principales catégories à risques : homosexuels et toxicomanes, est particulièrement forte aux Etats-Unis. Elles représentent environ 90 % des cas alors qu'en France, la proportion serait plutôt de 75 %.

B - Le SIDA à San Francisco

La Californie constitue avec New-York le principal foyer de la maladie et c'est à San Francisco que le problème est le plus aigu, puisque l'on y a constaté 10 % de l'ensemble des décès survenus à la suite de SIDA aux Etats-Unis (alors que la population n'est que de 750 000 habitants). C'est également à San Francisco que l'on trouve le plus fort taux de SIDA : 420 cas pour 100 000 habitants.

1) Les caractéristiques épidémiologiques

La ville de San Francisco connaît, sous une forme accentuée, les caractéristiques épidémiologiques de la maladie aux Etats-Unis.

Des estimations font état d'un nombre de séropositifs équivalent à 7 % de la population adulte de la ville.

Plus précis sont les chiffres relatifs aux cas de SIDA déclarés et enregistrés au Département de la Santé publique de San Francisco.

Au 31 janvier 1987, le nombre total de malades atteints du SIDA recensés s'élevait à 2 853, ce chiffre incluant 1 707 décès résultant du SIDA. On comptait parmi eux 7 enfants de moins de 13 ans (4 cas de SIDA héréditaire, 3 cas de SIDA par transfusion). La population malade adulte se composait principalement d'hommes (2 823), la proportion de femmes étant inférieure à 1 %.

Les catégories à hauts risques, homosexuels et toxicomanes, représentent la quasi totalité des malades. La répartition des malades par mode de transmission s'effectuant ainsi :

homosexuels ou bisexuels	84,6 %
homosexuels ou bisexuels, toxicomanes par voie intraveineuse	12,6 %
toxicomanes par voie intraveineuse	1,2 %
transfusés	0,7 %
hétérosexuels	0,4 %
hémophiles	0,1 %
non déterminés	0,4 %

2) L'évolution épidémiologique

Les prévisions établies par le département de la santé publique sur la base de l'évolution de la maladie constatée au cours des dernières années aboutissent à environ 1 000 à 1 500 malades supplémentaires par an, pour les 10 prochaines années.

Selon le docteur Andrew Moss, directeur du service d'épidémiologie au *San Francisco General Hospital*, les études épidémiologiques permettent d'apporter trois nuances dans l'appréciation de la gravité de la maladie :

- si le nombre de malades atteints du SIDA va continuer à s'accroître très fortement dans le futur, c'est essentiellement parce que ces personnes actuellement séropositives vont passer à l'état de SIDA clinique. En revanche, on s'attend à un net ralentissement de la séroconversion, c'est-à-dire du passage à l'état de séropositif. Les études portant sur la communauté homosexuelle de San Francisco, importante et très organisée, montreraient que le taux d'infections nouvelles apparues chaque année diminue et se situerait aujourd'hui aux alentours de 1 %, au lieu de 10 % auparavant. Autrement dit, après s'être fortement accru, le nombre de personnes séropositives évolue plus lentement, grâce aux efforts de prévention et d'information.

- la transmission du SIDA vers le grand public reste faible puisque la maladie se concentre essentiellement sur deux catégories à risques : homosexuels et toxicomanes intraveineux. Cette constatation est de nature à relativiser les craintes d'expansion fulgurante mais elle est largement fondée sur la spécificité de la population atteinte à San Francisco. On ne peut donc en tirer de conclusion générale pour l'ensemble des Etats-Unis et encore moins pour d'autres pays.

- il n'y a pas de cas de transmission inexplicé. Notamment, on ne relève aucun cas de transmission à des membres du personnel hospitalier en contact avec des malades. Les seuls cas d'employés médicaux infectés qui ont été recensés dans le monde proviennent d'accidents dans la manipulation du sang.

En conclusion, le docteur Moss indiquait à la délégation que l'on se trouvait à la fin du cycle d'infection pour les homosexuels. En revanche, le développement de l'infection chez les toxicomanes n'est pas enrayé. Cette catégorie échappe encore très largement aux campagnes d'information et de prévention et elle y est au demeurant peu sensible. Ce problème est particulièrement grave à New-York où l'on compterait 100 000 à 200 000 toxicomanes séropositifs. La toxicomanie joue un rôle important dans la transmission hétérosexuelle du virus, particulièrement pour les femmes. Par contre-coup, elle influe également sur le nombre d'enfants séropositifs à la naissance.

II - LA POLITIQUE DES POUVOIRS PUBLICS ET LES CONSEQUENCES FINANCIERES DE LA MALADIE

La ville de San Francisco, qui est aussi un comté, est sans doute une de celle qui a le plus développé une action coordonnée de lutte contre la maladie, mais l'information, la prévention et le traitement entraînent inévitablement de lourdes conséquences financières pour les pouvoirs publics et les organismes d'assurance maladie.

A - La politique des pouvoirs publics

La politique des pouvoirs publics s'effectue sur trois axes : l'information et la prévention, le dépistage, l'organisation des soins.

1) La prévention et l'information publique

Une commission désignée par le Président des Etats-Unis est chargée au niveau fédéral, de coordonner et de suivre l'ensemble des informations et actions relatives au SIDA.

Au niveau fédéral comme au niveau local, les pouvoirs publics diffusent une information générale utilisant très largement les médias.

C'est particulièrement le cas à San Francisco où le Département de la santé publique a mis en place une cellule en relation avec le public et la presse et où l'importance quotidienne accordée par les médias aux problèmes du SIDA est considérable.

La publicité pour les préservatifs est autorisée, mais sa diffusion est encore mal acceptée par une partie de la population. Ainsi, sur la côte est, plusieurs chaînes de télévision ont refusé de diffuser une émission publicitaire de ce type.

Les pouvoirs publics tentent également de rendre leur politique d'information plus efficiente en visant, à travers certains programmes, des catégories plus spécifiques.

Cette information spécifique vise en premier lieu les catégories à risques. La réussite la plus significative réside sans aucun doute dans le contrat passé entre le Département de la santé et la Fondation du SIDA qui s'adresse à la communauté homosexuelle de San Francisco. L'action menée a favorisé la prise de conscience de la maladie et des moyens de se prémunir. Elle a joué pour une bonne part dans le ralentissement des séroconversions constaté dernièrement à San Francisco.

Beaucoup plus difficile à diffuser est l'information à destination des toxicomanes. On tente d'utiliser l'ensemble des réseaux et organismes pouvant être en contact avec cette catégorie, mais sa sensibilisation se révèle très délicate.

Les pouvoirs publics développent également l'information auprès des professions de santé : personnels médicaux et hospitaliers, personnels des services de santé mentale et d'aide aux toxicomanes, personnels des services d'urgence. Les pouvoirs publics participent, en coordination avec les associations professionnelles, à la mise en place de programmes de formation pour ces catégories. Des programmes spécifiques s'adressent en outre à certaines professions plus susceptibles que d'autres de se trouver en contact avec des malades, par exemple le personnel pénitentiaire.

2) Le dépistage

Comme en France, les autorités américaines n'ont pas envisagé d'instaurer un dépistage systématique et obligatoire, qui apparaît à la fois coûteux et inefficace :

... coûteux car il supposerait la mise en place d'une infrastructure extrêmement lourde à gérer.

... inefficace car il mettrait l'accent sur l'identification des séropositifs, ce qui entraînerait bon nombre d'entre eux à tenter de se soustraire au dispositif. L'effort administratif et financier fourni ne serait donc pas en mesure d'atteindre efficacement les personnes que l'on souhaite viser.

La préférence des responsables de la santé publique va donc au dépistage volontaire et anonyme (sauf bien entendu en cas de don du sang ou d'organes). Le dépistage est toutefois fortement encouragé dans les lieux susceptibles d'accueillir des personnes

atteintes du virus : cliniques de désintoxication, centres de planning familial, établissements hospitaliers...

Le service chargé du SIDA au Département de la santé publique de San Francisco estime ainsi pouvoir atteindre 15 % de la population en 1988.

3) L'organisation des soins

On considère généralement que San Francisco connaît actuellement le type le plus avancé d'organisation des soins pour les malades atteints du SIDA. Le nombre de patients actuellement traités s'y élève approximativement à 1 300. Le taux de malades hospitalisés est environ de 10 %, le restant reçoit des soins à domicile.

Le docteur Clement a exposé à la délégation l'organisation des soins au San Francisco General Hospital, qui traite environ 30 % des malades de la ville :

. l'hôpital enregistre chaque mois 80 admissions nouvelles mais la durée de séjour est extrêmement brève : 11 jours en moyenne.

. l'hôpital organise d'autre part des soins à domicile et des consultations en clinique ouverte (1 800 par mois).

Le problème principal tient désormais en la possibilité d'utiliser davantage de lits de long séjour. Cela implique une certaine réorientation puisque ces lits sont actuellement essentiellement destinés à accueillir des personnes âgées. De même, il apparaît nécessaire d'accentuer la formation des infirmières pour les soins aigus et de long séjour à destination des malades, ce qui ne va pas sans difficulté dans un contexte de pénurie d'infirmières.

L'augmentation prévisible du nombre de malades et les progrès des traitements qui ralentissent l'évolution de la maladie vont profondément modifier les données de la situation dans les années futures. On peut penser qu'en matière d'organisation de soins et d'effort financier, l'essentiel reste à faire.

B - Les conséquences financières de la maladie

Les conséquences financières de la maladie vont être considérables dans les prochaines années, tant pour les collectivités publiques que pour les organismes de protection sociale et les malades.

1) Les conséquences financières pour les collectivités publiques

La délégation n'a pu obtenir d'évaluation globale retraçant le niveau actuel et l'évolution prévisible des dépenses publiques liées au SIDA pour les prochaines années. Une bonne part de l'effort consenti est toutefois assurée par les collectivités décentralisées, villes et comtés, avec l'appui des Etats fédérés et de subventions fédérales.

Les fonds publics destinés au traitement du SIDA à San Francisco dépassaient 17 millions de \$ pour l'année fiscale 1986-1987, 13 millions de \$ venant de la ville, 2 millions de \$ de l'état de Californie et 2 millions de \$ de l'Etat fédéral. Pour l'année fiscale 1987-1988, le projet de budget prévoit une augmentation supérieure à 40 %. Cet accroissement va principalement peser sur les finances communales et, dans une moindre mesure, sur les subventions fédérales. Ces sommes, qui n'incluent pas les dépenses de soins payées par les programmes de protection sociale, ont trois destinations principales :

- . prévention et soins médicaux aigus : 50 % environ
- . soins chroniques : environ 17 %
- . information publique : environ 15 %

La ville de San Francisco elle-même consacre actuellement 2 % de ses ressources fiscales propres à ce programme relatif au SIDA. Si les prévisions de coût se confirment, c'est 7,5 % de ces ressources fiscales qu'elle devra dépenser à ce titre en 1991.

2) Les conséquences sur les dépenses de protection sociale

Une étude portant sur les personnes hospitalisées à San Francisco montrait que plus de la moitié d'entre elles bénéficiaient d'une assurance maladie privée, 37 % étant pris en charge par des programmes publics. La proportion de personnes non assurées parmi

les malades était relativement faible : 6 %. La répartition des malades dans les diverses structures hospitalières fait cependant apparaître de nettes différences, selon qu'il s'agit d'un hôpital public ou privé. La plupart des malades pris en charge par les programmes publics ou dépourvus de couverture sociale se retrouvent à l'hôpital général public de San Francisco. Ce dernier reçoit en revanche peu de malades couverts par une assurance privée.

En fait, en raison des conséquences de la maladie, qui imposent à l'intéressé de cesser son activité, et des conséquences financières prévisibles pour les financeurs, ce sont principalement les programmes d'assistance comme *Medicaid* (*Medi-Cal* en Californie) qui vont assumer la plus lourde part de l'accroissement des charges.

Les organismes d'assurance privés qui tentent de se maintenir dans un climat très concurrentiel sont de plus en plus tentés d'éliminer les mauvais risques et, parmi eux, les malades atteints du SIDA. L'état de Californie doit, de ce point de vue, être considéré à part, puisqu'avec 5 autres états, il a imposé aux assureurs privés une clause de non-discrimination pour les malades atteints du SIDA.

Les dépenses médicales d'un malade s'élèvent à 50 000 \$ par an environ, il n'est pas douteux que l'augmentation continue de leur nombre et l'allongement de leur durée de vie grâce aux progrès des traitements, vont alourdir le poids financier de la maladie sur les dépenses sociales. Cette perspective ne peut qu'accentuer l'évolution actuelle du système de santé, marquée par une conception de plus en plus limitée de la solidarité face aux risques sociaux.



En conclusion, la délégation a retenu de ce rapide exposé sur la situation du SIDA aux Etats-Unis, quatre points essentiels :

1. Les caractères épidémiologiques de la maladie sont plus fortement marqués aux Etats-Unis qu'en Europe et dans le reste du monde, puisqu'elle touche pour l'instant de façon quasi exclusive deux catégories à très hauts risques : homosexuels et toxicomanes par voie intraveineuse. En raison de cette spécificité, il est hasardeux de tirer des conclusions générales à partir de la situation américaine.

2. Les campagnes d'information et de prévention permettent de s'attendre à un infléchissement de la courbe du nombre de

personnes séropositives. En revanche, le nombre de malades atteints du SIDA continuera à s'accroître encore très fortement dans les prochaines années.

3. Les modes d'organisation des soins qui se mettent en place aux Etats-Unis privilégient les soins à domicile et les traitements de jour par rapport à l'hospitalisation, mais cette tendance peut être remise en cause par l'allongement de la durée de la maladie.

4. Pour les prochaines années, les dépenses liées au SIDA suivront l'évolution du nombre de malades, que ce soit pour les investissements ou les frais de maladie. Le contexte de dérégulation et de vive concurrence dans le système de santé ne semble pas favorable à une bonne prise en charge des dépenses de santé induites par la maladie et celles-ci risquent de peser principalement sur les fonds publics.

CONCLUSION GENERALE

Au terme d'un séjour particulièrement fructueux, qui lui a permis d'aborder sous de multiples éclairages les problèmes actuels de la santé et de la sécurité sociale aux Etats-Unis, la délégation souhaite indiquer brièvement les principaux enseignements qu'elle retire de cette mission.

1 - Dans le domaine de l'assurance-vieillesse, qui présente de fortes similitudes avec le système français, elle a été frappée par la capacité d'évolution des régimes de retraite américains.

Un large consensus s'est dégagé en 1983 pour réformer le régime général des retraites et lui rendre une évolution compatible avec les perspectives démographiques et économiques. Les différents partenaires ont défini l'évolution prévisible du rapport démographique. A partir de ce constat, des adaptations ont été décidées, d'autres ont été programmées pour le futur. Elles permettent d'écartier tout risque de rupture pour les 40 à 50 prochaines années. La voie réaliste choisie pour le régime général a été d'autant mieux acceptée qu'un rôle important est dévolu aux régimes de retraites complémentaires privés.

2 - Dans le domaine de la santé, l'option choisie par les Etats-Unis diverge radicalement de la conception française de la sécurité sociale qui allie le principe de liberté de choix du médecin et la garantie collective généralisée.

Trois éléments méritent cependant d'être soulignés :

- l'avancement du niveau technique médical et la qualité de l'équipement hospitalier ;

- la généralisation des formules de pré-paiement, qui tentent d'éviter les effets pervers du remboursement automatique a posteriori en déterminant pour chaque malade une enveloppe financière globale ;

- enfin, la réduction des temps d'hospitalisation et le développement des structures de soins à domicile et d'hospitalisation de jour, qui permettent d'abaisser les coûts hospitaliers, principale composante des dépenses de santé. Les risques d'une moindre qualité

des soins qui auraient pu en résulter ont semble-t-il été évités, sans toutefois disparaître.

3 - S'agissant du SIDA, bien que les Etats-Unis possèdent leurs propres caractéristiques épidémiologiques, il a semblé à la délégation que notre pays pourrait s'inspirer d'un grand nombre de mesures mises en place avec succès par les pouvoirs publics :

- le développement très accentué de l'information, tant sur un plan général qu'en direction de catégories plus spécifiquement à risques et le renforcement du dépistage anonyme et volontaire, qui semble le plus efficace ;

- l'accent porté sur le soutien psychologique aux malades, à la fois par la sensibilisation des personnels médicaux et par le développement de réseaux de visiteurs à domicile ;

- l'effort en vue d'éviter l'hospitalisation de longue durée des malades et de favoriser les traitements à domicile.