

Premier chapitre

Les fondements de l'économie médicale aux États-Unis (1920-1960)

La particularité des premiers travaux sur l'économie sanitaire aux États-Unis est qu'ils répondent aux préoccupations des grandes fondations ou des comités de recherche qui se trouvent d'une manière ou d'une autre impliqués dans l'émergence et la constitution de ce nouveau savoir académique. Ces « économistes » qui s'intéressent au secteur de la santé dans les années 1920-1960 sont surtout des médecins proches la sphère privée (les fondations) qui produisent des travaux sur la santé publique, la consommation médicale et les dépenses de santé¹. Mais ces travaux ne s'inscrivent pas dans les préoccupations que nous connaissons aujourd'hui. Cette ébauche d'économie de la santé que l'on appelle ici par différence « économie médicale » a d'autres préoccupations.

Quels sont donc les fondements de cette économie médicale ?

Parmi les grandes questions à l'ordre du jour dans la pensée médicale en Amérique durant l'entre-deux-guerres, on trouve le souci de savoir si toute la population peut avoir accès aux soins de première nécessité et comment on assure le financement de l'assurance-maladie. On trouve dans le texte d'Arrow des préoccupations similaires puisque l'auteur qui reprend à son compte les questions d'une grande fondation, articule son analyse autour de deux axes bien distincts : celui du fonctionnement du marché des soins et services médicaux dans sa satisfaction des besoins de la collectivité et celui du financement de l'assurance-maladie. Mais les réponses qu'apportent les premiers économistes de l'économie médicale sont évidemment d'un autre ordre car il s'agit de développer des réponses politiques à d'importants problèmes sociaux que la Grande Dépression de 1929 a mis gravement à l'ordre du jour.

Opportunément, on possède plusieurs articles importants de cette période que la revue *The Milbank Quarterly* vient de republier pour son centenaire². Parmi les problèmes retenus, d'un côté, se pose celui des conditions de la production des soins et de l'accès et de l'autre, celui de l'organisation du financement. Or, dans la logique de l'économie médicale, l'analyse économique doit interroger la voie politique à suivre : faut-il recourir au marché, à l'État ou plutôt à l'altruisme ?

L'économie médicale est influencée par ce qui s'est passé au début du XX^e siècle en Europe, en particulier en Allemagne, avec la mise en place d'un système d'assurance-maladie universel (ou presque) fondé sur l'action volontaire de l'État. Un tel choix choque la médecine libérale américaine.

-
1. Des travaux récents sur l'institutionnalisation de l'économie de la santé en France montrent également que cette branche de l'économie naissante est l'apanage de médecins hospitaliers qui travaillent en lien avec de hauts fonctionnaires dont le but est de produire une information statistique dont les décideurs ont besoin dans le cadre du référentiel keynésien dominant à l'époque. « La particularité du secteur de la santé est que cette expertise se développe sous la tutelle des médecins », écrit Marina Serré. Cf. M. Serré, « De l'économie médicale à l'économie de la santé », *Actes de la recherche en Sciences sociales*, n° 143 vol. 3, 2002, p. 68 et D. Benazaoui, *La naissance de l'Économie de la santé*, Paris, PUF, 2004
 2. The Milbank Memorial Fund Centennial – Selected articles from The Milbank Quarterly, *The Milbank Quarterly*, vol. 83, n° 4, 2005

Ensuite, la grande dépression des années 1930 est passée par là, mettant en évidence d'importantes inégalités sociales de santé (des difficultés d'accès aux soins au refus total de soins). Cela fait mauvaise figure par rapport à une médecine de pointe, hypertechnicienne, gérée par les médecins eux-mêmes par l'intermédiaire de la puissante American Medical Association (AMA) qui prétend répondre aux besoins sanitaires fondamentaux de la population. En effet, le système de santé américain dès ses origines privilégie les soins intensifs, néglige les soins préventifs et se désintéresse de la rééducation et de la réadaptation des malades. À la recherche de techniques de diagnostics et thérapies de pointe, il assigne un rôle de premier plan à l'hôpital où le praticien continue à être payé à l'acte comme en exercice libéral. Le système d'assurances s'est développé à partir des années 1930 à l'initiative des hôpitaux et des médecins pour rendre la clientèle solvable. C'est un système inflationniste puisqu'il rembourse mieux les frais d'hospitalisation que les soins à domicile et pousse les praticiens à recourir aux soins les plus coûteux, les compagnies d'assurance commerciales tirant profit de cette orientation technologique que le gouvernement fédéral ne remet absolument pas en cause.

I. Les effets sanitaires de la grande dépression de 1929

La crise économique qui suit le krach boursier de 1929 s'amplifie jusqu'en 1933 ; on n'a pas cependant l'habitude d'en évaluer les conséquences d'un point de vue sanitaire. Pourtant, elle sert de révélateur des déséquilibres du système sanitaire américain en son entier. « Le dénuement des ouvriers agricoles, des chômeurs dans les villes et des sans-abri, l'appauvrissement des salariés (plus d'un quart de la population active est alors au chômage), et l'angoisse de la plupart devant un avenir incertain entraînent une augmentation de la morbidité. » écrit E. Chamorand¹. On a affaire à une véritable crise sanitaire qui fait ressortir le contraste entre le développement d'une médecine technologique de pointe pratiquée dans les grands hôpitaux universitaires et les besoins réels de la population. En l'absence d'un véritable système de protection sociale universelle, les États-Unis ont pris un retard certain : le système de paiement à l'acte en médecine ambulatoire comme en médecine hospitalière pénalise les patients les plus modestes. L'absence de véritable couverture médicale et l'inexistence sur tout le territoire de services de santé publique (ou de santé communautaire) va se faire ressentir fortement durant la crise par un reflux considérable de patients vers les hôpitaux. Quelques études plus pointues sur la crise de 1929 aident à y voir plus clair sur l'incidence des facteurs économiques sur l'état de santé de la population. Dans

1. E. Chamorand, *op.cit.*, p. 21.

une étude de 1933 sur la relation entre la maladie et la dépression économique, G. St J. Perrot et S. D. Collins donnent les résultats d'une enquête sur l'état de santé de familles vivant à Birmingham, Detroit et Pittsburg¹. D'abord, l'état de santé des familles est lié au niveau de revenu ; plus vous êtes pauvre et plus votre état de morbidité est détérioré.

En 1932, les pauvres dans les groupes sociaux enquêtés sont évidemment soumis à plus de maladies que d'autres groupes sociaux voisins ayant de meilleures circonstances de vie² (niveau de revenu).

Mais les résultats sont plus affinés quand les auteurs comparent l'état de morbidité³ par groupes sociaux et le changement survenu entre 1929 et 1932 dans le revenu. Par exemple, les gens seraient passés d'un statut de revenu confortable au début de la crise à un statut de pauvre en 1932 – phénomène qui a largement dû se produire à l'époque. Tous les changements dans le statut économique en termes de revenus se sont traduits par une détérioration de l'état de santé. Les auteurs mettent ainsi l'accent sur une relation entre la maladie et le chômage. En suivant un groupe social chroniquement pauvre et défavorisé, ils montrent que finalement sa situation sanitaire ne s'était pas plus détériorée que celle d'autres groupes sociaux qui enregistraient sur la période considérée une sorte d'effondrement de leur condition économique à cause de la Dépression économique. La même équipe⁴ a suivi plusieurs centaines de familles 7 000 familles exactement – durant la crise afin d'identifier leur recours aux soins en opposant soins en ambulatoire et soins hospitaliers. Le recours à l'hospitalisation a été nettement accentué avec la crise à la fois pour des raisons épidémiologiques (cas médicalement plus lourds) qu'économiques (paiement à l'acte plus coûteux en médecine de ville). Sur la période étudiée, le niveau de revenu affecte le niveau et le degré de morbidité des familles enquêtées. Les familles pauvres à faible revenu vont déclarer plus de maladies ; d'où certainement un recours plus intense à l'hospitalisation. Le recours aux soins est donc dépendant durant la crise du statut économique des familles de l'échantillon. La même enquête s'intéresse à ce qui se passe dans la modification du statut économique entre 1929 et 1932 ainsi que sur la nature et le niveau de la consommation médicale. Les auteurs optent finalement pour la même démarche qu'en ce qui concerne la maladie. Mais ils introduisent ici une subtilité dans le groupe des pauvres entre les pauvres chroniques et les nouveaux pauvres, ces derniers ayant vu leur situation sociale se dégrader avec la crise.

1 George St J. Perrot and Selwyn D. Collins, « Sickness and The Depression : A preliminary report upon a survey of wage-earning families in Birmingham, Detroit and Pittsburgh », *Quarterly Bulletin*, vol. 11, n° 4, 1933, p. 281-298 printed of *The Milbank Quarterly*, vol. 83, n° 4, 2005, p. 1-17

2. Art. cité, p. 11.

3. État de morbidité étant considéré comme un « proxy » de l'état de santé en définissant par exemple, un bon état de santé comme l'absence de maladies.

4. G. St Perrot, E. Syden Stricker et S. D. Collins, « Medical Care during the Depression : A preliminary Report upon a Survey of Wage-Earning Families in Seven Large Cities », *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 12, n° 2, 1934, p. 99-114 printed of *The Milbank Quarterly*, vol. 83, n° 4, 2005, p. 1-15.

Le résultat est surprenant : ceux qui ont subi la crise de plein fouet vont effectivement consommer plus de médecine généraliste et d'hôpital mais paradoxalement, ils n'accèdent pas plus aux soins gratuits que ne le font les pauvres chroniques dont on suppose que le savoir faire dans le système de soins est plus grand. Mais globalement la dépression économique a eu pour principal effet de mieux séparer la consommation de ville de l'hospitalisation. Schématiquement, ceux qui ont pu conserver leur niveau de revenu ont un recours plus intense à la médecine ambulatoire (médecine de ville avec paiement à l'acte) tandis que les familles dont le niveau de revenu a régressé ont eu plus recours à l'hôpital où une partie des soins est délivrée gratuitement. La dépression économique des années 1930 aux États-Unis a sérieusement affecté l'état de santé des populations et leurs recours au système de soins. Il s'agit donc bien de préoccupations de santé publique qui concernent les premiers économistes de cette « économie médicale » naissante et qui révèlent surtout les insuffisances du système de santé américain de l'entre-deux-guerres. Une régulation est-elle raisonnablement envisageable ? Voilà une question forte que se pose K. J. Arrow à l'initiative de la Fondation Ford.

Dans la même verve, l'équipe de G. St Perrott et D. F. Holland réalise en 1933 à New York une large étude épidémiologique sur la santé des Noirs américains¹. L'étude se focalise en particulier sur le quartier de Harlem. Tous les indicateurs retenus (taux de morbidité, taux de mortalité, causes des maladies) sont nettement défavorables à la population noire lorsqu'on la compare à la population blanche de la ville de New York. Les principaux déterminants sociaux de cette population sont plutôt défavorables : faible revenu, pauvreté, mauvaise couverture sociale privée pour la maladie, absence de prévention. L'association entre maladie et statut économique pour la population est assez significative : les co-morbidités sont largement élevées dans les populations noires à faible revenu, surtout dans le cas des maladies chroniques qui nécessitent des soins coûteux de longue durée. La situation sanitaire plus défavorable sur la cohorte de Noirs étudiée s'explique surtout par le fait qu'on a plus grandement qu'ailleurs des groupes sociaux à faible revenu et pauvres. Le statut économique affecte grandement l'état de santé de la population noire.

Face à cette situation singulièrement délicate du point de vue des inégalités sociales de santé pourquoi ne pas avoir édifié un système d'assurance-maladie universel couvrant toutes les couches sociales de la population afin de limiter les difficultés d'accès aux services de santé des populations particulièrement défavorisées et par là même, améliorer leur état de santé ?

Le contexte institutionnel de l'assurance dans les années d'avant et d'après-guerre explique en grande partie les choix politiques opérés par les divers partenaires sociaux pour le maintien d'un « statu quo » qui va à l'encontre des réformes progressistes. L'histoire sociale de cette période est avant tout celle des diverses tentatives avortées d'instaurer un système généralisé d'assurance-maladie aux

1. G. St J Perrott et D. F. Holland, « Health of The Negro », *The Milbank Quarterly*, vol. 83, n° 4, 2005, p. 1-37 reprinted from *The Milbank Fund Quarterly*, vol. 16, n° 1, 1938, p. 5-38.

États-Unis. Divers projets de loi remontent aux années 1935-1937 durant l'ère Roosevelt. La situation institutionnelle et politique de cette époque est plutôt défavorable à une action de l'État dans les affaires sociales ; cela a largement contribué à l'alignement des intérêts du syndicalisme avec ceux des employeurs des grandes entreprises et des assurances privées, écartant toute solution pour un système universel public et ce, jusqu'aux abords des années 1960. Pourtant, l'idée d'instaurer un système national de santé est déjà présente dans les années 1930 dans le cadre du New Deal. Mais F. D. Roosevelt retire finalement sa proposition. Après l'échec répété du clan réformateur à instaurer une assurance de santé universelle – en 1939, une proposition de loi du sénateur Wagner par le National Health Act échoue face à un congrès dominé par les Conservateurs – l'idée d'un système national d'assurance santé continue malgré tout de faire son chemin. Ainsi, pendant la guerre une commission composée d'élus syndiqués et de professionnels de la santé (Committee for the Nation's Health) appuie une proposition de loi visant à introduire un système de santé national fondé sur des cotisations obligatoires (Wagner-Murray Dungell Bill). Cette proposition de loi introduite quatorze années de suite échoue faute de majorité au Congrès. Le successeur de Roosevelt, H. S. Truman est partisan d'une solution plus radicale en imposant un système national de santé fondé sur une caisse unique excluant les assureurs privés.

À partir des années 1950, les compagnies d'assurance privées commencent à pénétrer le marché de l'assurance santé. Elles imposent leurs pratiques de tarification des primes d'assurance en fonction du risque actuariel déterminé par les caractéristiques individuelles de la population assurée (*experience rating*), au détriment de pratiques plus solidaires et davantage mutualisées de tarification au niveau d'un groupe (*community rating*) alors largement en vigueur chez leurs concurrents du secteur assurantiel non marchand.

Les syndicats jouent ce jeu en soutenant ces pratiques d'assurance dans la mesure où ils voient les primes d'assurance de leurs membres se réduire, ces derniers étant considérés par leurs assureurs comme de « bons risques ». La négociation collective va par conséquent jouer un rôle majeur dans la diffusion de ces pratiques discriminantes (forme de sélection adverse). Les partisans d'un tel système d'assurance sont ainsi moins favorables à revendiquer au niveau de l'État fédéral. Les commentateurs considèrent que l'assurance-maladie privée ne peut fonctionner que sur la base de la sélection des risques et se décharge progressivement des gros risques couverts par l'assurance publique comme les personnes âgées et les personnes souffrant de maladies chroniques. Pour mieux comprendre la nature de ces oppositions, il faut considérer les mécanismes de prise en charge aux États-Unis dans les années 1960 où la grande majorité des Américains dépend d'une assurance volontaire liée à l'emploi. Les syndicats dont

l'AFL-CIO¹ portent une responsabilité historique dans cette situation. Promoteurs car acteurs des régimes de prévoyance professionnels aux côtés des employeurs lors de la négociation collective, ils ont longtemps combattu toute tentative de remise en cause du système de couverture maladie d'entreprise. L'AFL-CIO en particulier a toujours évité de se prononcer publiquement et sans équivoque en faveur d'un système universel de santé avec une caisse unique. D'un autre côté, face à la progression soutenue des coûts de l'assurance-maladie, le système de protection sociale d'entreprise est de plus en plus remis en cause par les employeurs eux-mêmes qui transfèrent une partie des coûts de l'assurance-maladie à leurs salariés ou ferment simplement leur régime de prévoyance. Néanmoins, la majorité des Américains – 60 % environ – sont assurés au travers de leur emploi dans le cadre d'une assurance privée de groupe négociée volontairement par l'employeur pour ses salariés et leur famille. Étant donné que l'assurance-maladie est à l'initiative de l'employeur et qu'elle reste facultative pour le salarié, tous les salariés américains ne sont pas assurés, loin s'en faut² ! Il faut également avoir à l'esprit les modalités d'organisation de ce système de santé. Par exemple, les premiers réseaux de soins sont apparus très tôt dans l'entre-deux-guerres, après que la crise de 1929 ait favorisé l'émergence de systèmes d'assurance obligatoire fondés sur le pré-paiement. La profession médicale pourtant très attachée au paiement à l'acte prend prétexte de ces réseaux pour rejeter l'idée de système d'assurance obligatoire comme en Europe. Ainsi, l'un des tout premiers réseaux est créé en Californie en 1939 à l'initiative de la profession médicale en réponse à une proposition de l'État californien de mettre en place une assurance publique.

Cette initiative permet de limiter les coûts de gestion de l'assurance par rapport à une assurance individuelle et de limiter les phénomènes d'anti-sélection inhérents au marché de l'assurance en mitigeant les bons risques et les mauvais risques. Mais elle donne naissance à un autre type d'organisation très originale dans le système de soins américain, les Health Maintenance Organization (les fameux HMO).

Il s'agit d'organisations privées à but non lucratif qui dispensent des soins médicaux à leurs adhérents sur la base d'un pré-paiement de la prime. Ces organismes qui intègrent à la fois l'opération de production de soins et celle d'assurance vont largement se développer par la suite sous l'impulsion d'entreprises, d'administrations, de syndicats et de compagnies d'assurance. Tous ces réseaux ont comme caractéristiques de fonctionner sur le mode du paiement préalable et du tiers payant, d'offrir une couverture maladie intégrée (prise en charge des soins ambulatoires et des soins hospitaliers) et d'exercer un contrôle sur l'efficacité et l'opportunité des soins (médecins référents et choix thérapeutiques).

-
1. AFL-CIO : American Federation of Labor-Congress of Industrial Organizations. Créée en 1886 sur le modèle britannique des trade-unions, cette organisation syndicale américaine regroupe environ 80 % des salariés syndiqués.
 2. Une étude récente indique que près de 82 millions d'Américains se sont retrouvés sans couverture maladie ces deux dernières années et pour une durée de plus de deux mois. Voir M. Sherman, « 82 M. in US Uninsured for Part of 02-03 », *The Washington Post*, June 16, 2004.

Dans les HMO, l'organisation administrative et le statut des médecins varient selon les cas : certains salarient les médecins et possèdent leurs propres lieux de soins comme le premier HMO par sa taille aux États-Unis – le Kaiser Permanent Group – créé en 1945 ; d'autres HMO passent des contrats avec des groupes de médecins, ces derniers pouvant pratiquer la médecine de groupe ou individuelle tout en percevant un forfait par tête (capitation) en échange des soins prodigués.

Enfin, les assureurs peuvent passer directement des contrats avec des médecins sur une base strictement individuelle. Les HMO peuvent être également à but lucratif, certains étant cotés en Bourse. Les premiers HMO étaient plutôt à caractère non commercial comme les célèbres réseaux Blue Cross et Blue Shield créés dans les années 1930 et auxquels la plupart des régimes de santé multi-employeurs gérés par des syndicats se sont progressivement affiliés. Les HMO commerciaux se sont surtout développés à partir de la fin des années 1960, mais d'une façon plus nette à partir de 1980 quand le fameux *managed care* connaît un très grand succès¹. Progressivement vont apparaître d'autres types de plan de santé privés comme par exemple, les Preferred Provider Organizations (PPO's) qui sont aussi des réseaux de soins comprenant des hôpitaux et des médecins. Les participants y ont plus de liberté que dans les HMO. Le fait de choisir un médecin ou un hôpital agréé par le réseau est encouragé (prestations plus complètes, absence de formulaire de demande de remboursement à remplir) mais pénalisé financièrement en dehors du réseau.

Malgré la montée en puissance de ce type d'organisation de prise en charge médicale (HMO et PPO's) de nombreux Américains n'ont pas de couverture maladie. Un économiste contemporain d'Arrow – M. V. Pauly – rappelle qu'en 1963, on avait affaire à un véritable problème de politique.

Les nouvelles questions soulevées en 1960 – par rapport aux tenants de l'économie médicale – est de savoir pourquoi de très nombreux services médicaux ne sont pas couverts par une assurance et pourquoi de nombreuses personnes ne sont pas prises en charge par une assurance-maladie. En 1960, la proportion des non assurés est estimée à deux fois celle des années 1980. Or, en 1962-63, K. J. Arrow fait partie du President Kennedy's Conseil of Economic Advisor où on évoque clairement le problème d'un système de prise en charge de la maladie pour le plus grand nombre. Finalement, après une vingtaine d'années de débats parlementaires, l'arrivée à la Présidence de L. B. Johnson en 1964 va se traduire par une réforme fondamentale par rapport à tout ce qui avait existé auparavant : l'instauration du Medicaid et du Medicare en 1965. La majorité démocrate au Congrès vote le Medicare qui est un programme fédéral très populaire offrant une

1. Dans les années 1970, a commencé à se mettre en place un système de contrôle des soins connu sous le nom de *managed care*, initié par le secteur des assurances privées afin de répondre aux préoccupations des employeurs en butte aux coûts croissants de l'assurance-maladie. Il désigne les différentes formes d'arrangements contractuels et de mécanismes incitatifs passés entre assureurs fournisseurs de soins et d'usagers pour aligner leurs intérêts parfois divergents. Il est donc destiné à rationaliser l'offre de soins traditionnelle, basée sur le modèle de la médecine libérale (paiement à l'acte, liberté de choix du médecin, liberté thérapeutique) pour en contrôler la consommation et en contenir la dépense.