

## Introduction : les frontières public/privé de l'assurance santé aux États-Unis et en France

Renaud GAY et Catherine SAUVIAT<sup>1</sup>

---

La division public/privé est un critère central utilisé dans la littérature pour différencier et caractériser, dans une perspective comparative, les différents systèmes de santé. Cette division est appliquée autant à l'offre de soins qu'à son financement. Les systèmes nationaux de santé sont ainsi définis par le financement public, assis sur l'impôt, et des services de soins gérés par les autorités publiques comme le National Health Service britannique. Dans le cas des systèmes d'assurance maladie comme ceux de l'Allemagne ou de la France, l'offre de soins est partiellement privée et financée majoritairement par des ressources publiques *via* des cotisations sociales et l'impôt. Les systèmes libéraux de santé, à l'image du système étasunien, se distinguent par la domination d'une offre de soins privée en grande partie financée par des assurances privées, complétées par un financement public pour des catégories ciblées de la population (pauvres, personnes âgées, etc.). Ce marquage clivant de la frontière public/privé se retrouve dans la façon dont ces travaux comparatifs cherchent à penser les réformes des systèmes de santé qui sont le plus souvent présentées comme des rééquilibrages, plus ou moins amples, du dosage entre public et privé : privatisation de l'offre de soins, extension des programmes publics d'assurance, déremboursement des soins par l'assurance publique, etc.

L'objectif de ce numéro spécial de *La Revue de l'IRES*<sup>2</sup> est d'interroger cette division public/privé, dont la pertinence est peu questionnée, et

1. Chercheur postdoctoral, UMR Arènes – EHESP, associé à l'Ires ; chercheuse à l'Ires.

2. La plupart des contributions de ce numéro sont le résultat de travaux engagés par leurs auteurs et autrices dans le cadre d'un financement par l'ANR MaRiSa, (ANR-17-CE26-0018 – MaRiSa : Marché du risque santé : construction, gouvernance, innovation sociale).

sa capacité heuristique à rendre compte des transformations des systèmes de santé en se centrant sur leur financement et sur le rôle des assurances privées aux États-Unis et en France. Le choix de cette comparaison peut surprendre, tant l'histoire et la configuration des systèmes de santé s'opposent dans ces deux pays, notamment du point de vue du rôle occupé par les assurances privées, périphérique en France et central aux États-Unis. Mais il a pour vertu de revisiter les transformations du financement de l'assurance santé en France à la lumière des imbrications entre opérateurs publics et privés mises en évidence depuis longtemps outre-Atlantique et de questionner les enjeux qu'elles impliquent vis-à-vis des principes de solidarité et d'égalité.

## **I. Des espaces d'action des assureurs privés d'inégale importance en France et aux États-Unis**

Les assurances privées occupent une place fortement dissemblable dans le financement des systèmes de santé français et étasunien. Un chiffre suffit à en rendre compte. En 2018, celles-ci couvrent 14 % de la dépense courante de santé en France, contre 40 % aux États-Unis (Marc *et al.*, 2020). Cet écart tient au rôle acquis par ces acteurs par rapport aux dispositifs publics de couverture des dépenses. En France, les assurances privées proposent un financement complémentaire et supplémentaire<sup>3</sup> à l'assurance maladie obligatoire et à l'État, qui couvrent tous deux 77 % de la dépense courante de santé. Aux États-Unis, elles assurent au contraire la couverture primaire et interviennent, plus rarement, comme assurance complémentaire à des programmes publics qui ciblent certaines catégories de la population. Ces positions sont le produit de processus historiques au cours desquels les assurances privées se sont ouvert des espaces d'action d'inégale importance, investis par une diversité d'opérateurs de part et d'autre de l'Atlantique.

### ***1.1. Des sociétés mutualistes sans monopole, à la périphérie du système de santé français***

L'architecture institutionnelle de la Sécurité sociale arrêtée en 1945 reconnaît un espace d'action limité aux opérateurs privés d'assurance santé. Ceux-ci ont pourtant joué un rôle pionnier en matière de couverture financière des soins à travers l'action, à partir du XIX<sup>e</sup> siècle, de sociétés de secours mutuels dont les racines sont autant ouvrières que patronales et notabilliaires (Hatzfeld, 1971:190-213 ; Dreyfus, 2001). Fondées sur le

---

3. L'assurance privée est qualifiée de complémentaire quand elle couvre une part des dépenses de prestations prises en charge par les assurances sociales ou par l'État. Elle exerce une fonction supplémentaire lorsqu'elle couvre des prestations non couvertes par les assurances sociales ou par l'État.

principe de prévoyance volontaire, elles couvrent jusqu'à près de 10 millions d'individus à la fin des années 1930, soit presque un quart de la population. À ce titre, elles sont intégrées au premier dispositif d'assurances sociales destinées aux salariés à faible revenu qui est adopté en 1930 par les autorités publiques, celles-ci autorisant les assurés sociaux à s'affilier soit à des caisses départementales organisées par l'État, soit à des caisses d'affinité gérées par des sociétés mutualistes, des syndicats professionnels ou encore des organismes patronaux. La conjoncture politique d'après-guerre <sup>4</sup> conduit à la suppression du principe d'affinité au profit de caisses uniques gérées par des représentants des assurés et des employeurs et dont les prestations doivent couvrir à terme l'ensemble de la population (Valat, 2001). Si elles sont des entités de droit privé, les caisses locales sont cependant soumises au contrôle croissant de la caisse nationale, établissement public sous la tutelle de l'État, et ne peuvent agir sur le niveau des cotisations et des prestations qui est défini par ce dernier. Ce cadre institutionnel restreint fortement le domaine d'intervention des assureurs privés qui est limité à la prise en charge financière du « ticket modérateur » <sup>5</sup>, à leur participation aux conseils d'administration des caisses et, après la « loi Morice » de 1947, à la gestion déléguée des sections locales de Sécurité sociale sous certaines conditions.

Les opérateurs privés d'assurance santé sont pour l'essentiel des sociétés mutualistes qui sont historiquement spécialisées dans la couverture individuelle du risque maladie. Elles font l'objet d'un encadrement juridique spécifique à travers l'ordonnance du 19 octobre 1945 portant statut de la mutualité, qui sera remplacée par le Code de la mutualité en 1955. Ces textes rappellent notamment la nature non lucrative de ces sociétés et précisent le caractère démocratique de leur fonctionnement qui repose sur des mécanismes électifs. Les mutuelles ne se voient pas pour autant reconnaître un monopole de la prise en charge complémentaire des dépenses non remboursées par la Sécurité sociale. Deux autres types d'opérateurs investissent ce marché de la complémentaire santé, surtout à partir des années 1970. Ils se distinguent des mutuelles par leurs règles de fonctionnement et leurs activités d'assurance plus diversifiées, avant que leurs pratiques ne tendent à se rapprocher à partir des années 1980. D'une part, de nouvelles organisations non lucratives, appelées institutions de prévoyance (IP), sont créées en 1946 dans le but de gérer la protection collective complémentaire issue des accords d'entreprise. Relevant du Code de la sécurité sociale, elles

---

4. Cette conjoncture se caractérise par le poids politique et le prestige des organisations partisans de gauche et du syndicalisme ouvrier, hérités de la Résistance. Au contraire, le patronat tout comme le mouvement mutualiste souffrent d'un fort discrédit politique lié à leurs attitudes plus ou moins compromettantes sous le régime de Vichy.

5. Le ticket modérateur correspond à la part des tarifs de la Sécurité sociale (fixée initialement à 20 %) qui n'est pas remboursée aux assurés sociaux dans le but de les amener à limiter leur consommation de soins.

fonctionnent selon un principe paritaire. Si l'activité des IP est d'abord centrée sur la gestion des régimes complémentaires obligatoires de retraite mis en place à partir de 1947, elles se voient aussi reconnaître une compétence dans la prévoyance collective facultative en matière de santé (Kerleau *et al.*, 2008:18-22). D'autre part, les compagnies d'assurance entretiennent une activité de remboursement des frais de santé, en dépit de l'apparent monopole accordé après-guerre au secteur non lucratif dans la gestion de la protection sociale complémentaire. Régies par une législation spécifique qui est codifiée en 1976, ces compagnies investissent le champ sanitaire soit sous le couvert d'IP dont elles sont à l'origine, soit à travers la gestion des cotisations et prestations de la couverture santé des professions indépendantes rétives jusqu'aux années 1960 à leur intégration au régime de base (Gibaud, 1990 ; Lucas, 1986).

### **1.2. Les assureurs privés à but lucratif, des acteurs dominants de la couverture maladie aux États-Unis**

Aux États-Unis, c'est un schéma inverse qui est observé. Les assurances privées acquièrent un espace d'action étendu dans l'après-guerre après avoir œuvré, aux côtés de la profession médicale, à faire échouer les projets d'instauration d'une assurance maladie universelle sous les présidences de Truman et d'Eisenhower et être parvenues à s'imposer comme gestionnaires du programme public Medicare dès sa création en 1965. Et de fait, cette assurance sociale pour les personnes âgées a été configurée sur le modèle des assurances privées pour des raisons à la fois pratiques (manque de ressources et de compétences de l'administration fédérale) et politiques (acceptation plus aisée de la réforme) (Chapin, 2015 ; Morgan, Campbell, 2011). Medicare consacre le rôle central des assureurs privés dans le système d'assurance santé et l'imbrication des intérêts privés et publics. Les compagnies privées d'assurance profitent aussi de la couverture lacunaire de Medicare (restes à charge sous la forme de franchises, de tickets modérateurs et d'un forfait hospitalier) pour développer une offre de couverture complémentaire appelée Medigap qui est proposée à ses bénéficiaires à titre individuel dès 1965. L'espace d'action des assurances privées a par ailleurs été dynamisé par une mesure fiscale dans les années 1950 qui encourage les employeurs à développer une assurance professionnelle de groupe pour leurs salariés. Cette incitation fiscale a un coût budgétaire très élevé pour l'État fédéral, estimé à 287 milliards de dollars en 2019 par le Congressional Budget Office (1,3 % du PIB), soit l'une des plus importantes dépenses fiscales du gouvernement. Enfin, l'adoption par le Congrès en 1959 d'un programme d'assurance santé relativement généreux couvrant près de 2 millions de travailleurs (actifs et retraités) du gouvernement fédéral (Federal Employees Health Benefits Program) ouvre aux

compagnies d'assurance privées un nouvel espace qui voit s'affronter opérateurs à but lucratif et non lucratif afin d'obtenir la plus grosse part de ce marché.

Car tout comme en France, une diversité d'opérateurs a investi le secteur de l'assurance santé aux États-Unis : des compagnies à but non lucratif à l'instar de Blue Cross et de Blue Shield et des compagnies commerciales. Les premières sont apparues dans les années 1930 et promeuvent des types de couverture fondés sur le paiement d'une cotisation forfaitaire sans avance de frais pour les soins hospitaliers (Blue Cross) et ambulatoires (Blue Shield), sur le modèle des futures Health Maintenance Organizations (HMO). Ces compagnies d'assurance à but non lucratif, organisées sur des bases régionales (par État), seront plébiscitées par les organisations syndicales dès les années 1940 et après la guerre, dans le cadre du développement de la négociation collective. À l'origine, elles bénéficiaient d'un statut fiscal privilégié, qui a été en partie remis en cause en 1986 (Tax Reform Act) sous la pression des compagnies commerciales d'assurance. Dans les années 1990, certaines d'entre elles se transforment en compagnies d'assurance à but lucratif après avoir été autorisées par leur association faitière (Blue Cross Blue Shield Association) à changer de statut. D'autres seront acquises par des compagnies à but lucratif et intégrées à de grands opérateurs nationaux d'assurance à l'instar d'Anthem. Si bien qu'aujourd'hui, seules deux compagnies d'assurance à but non lucratif figurent dans le classement des dix premières compagnies d'assurance par part de marché : il s'agit respectivement de Health Care Services Corporation (HCSC) et de Kaiser Permanente, avec respectivement 6 et 2 % de part du marché de l'assurance santé tandis que les huit autres compagnies du classement, toutes à but lucratif, représentent 50 % de ce marché <sup>6</sup>.

## **II. De part et d'autre de l'Atlantique, l'extension du domaine de l'assurance santé privée**

Si les assureurs santé privés occupent des positions asymétriques en France et aux États-Unis, leur domaine d'intervention tend à s'étendre dans les deux pays à partir des années 1970 sous l'effet de différents processus de privatisation du financement de la dépense de santé. Ces processus contribuent de part et d'autre de l'Atlantique au renforcement de leur position, qui s'accompagne de dynamiques similaires affectant le marché de l'assurance santé comme l'homogénéisation des opérateurs d'assurance et l'élargissement de la population couverte par des assurances privées.

---

6. <https://bit.ly/3zgblk4>, consulté le 15 juillet 2021.

## **II.1. Rétraction de la Sécurité sociale vs délégation de la couverture publique à des assureurs privés**

Formellement, les assureurs privés restent cantonnés en France par les autorités publiques à un rôle de financeur complémentaire ou supplémentaire des dépenses de santé, le rôle déterminant de l'assurance maladie publique dans la couverture de la population n'étant pas remis en cause. D'après les comptes de la santé, la part de celle-ci dans le financement des dépenses de santé oscille entre 75 et 80 % depuis le milieu des années 1970, tandis que celle des assureurs privés progresse légèrement, de 10 % à 13 % entre 1990 et 2015 (Soual, 2017). La stabilité apparente de ces données moyennes, synonyme à première vue d'un haut degré de solidarité du système, s'explique en partie par la progression du nombre d'assurés sociaux atteints d'une « affection longue durée » (ALD) et du coût induit de leurs traitements, ce dispositif garantissant des remboursements plus élevés par l'assurance maladie publique. Ces chiffres tendent ainsi à occulter le « repli à la dérobée » de cette dernière dont la couverture des soins courants (hors ALD et hospitalisation) ne s'établit plus qu'à 55 % à la fin des années 2000 (Tabuteau, 2010:88). Depuis les années 1970, les restes à charge des assurés sociaux se sont renforcés et diversifiés du fait de mesures de maîtrise des dépenses d'assurance maladie (hausse du ticket modérateur, déremboursement de médicaments, forfait hospitalier, etc.) et d'un défaut de régulation du prix de certaines prestations (création d'un secteur à honoraires médicaux libres, etc.) (*Revue de droit sanitaire et social*, 2017 ; *Actualité et dossier en santé publique*, 2018). De cette manière, les assureurs privés voient leur domaine d'intervention s'élargir, au point que leur contribution au financement de certains actes et équipements peut largement dépasser celle de l'assurance maladie (Gay, dans ce numéro). Ce nouvel équilibre financier est entériné et entretenu par une plus grande intégration institutionnelle des acteurs de l'assurance maladie et des assureurs privés à partir des années 2000 (Benamouzig, 2012). Des instances de réflexion et de régulation rapprochent ainsi ces acteurs comme le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie créé en 2004, tandis que les autorités publiques œuvrent de plus en plus explicitement à l'articulation de leurs interventions dans la couverture des soins des assurés.

La privatisation du financement de l'assurance santé revêt une forme différente aux États-Unis. Ce processus, qui conforte la place prépondérante acquise par les assurances privées, procède moins d'une réduction de la couverture publique des dépenses que d'un transfert de la gestion et du risque d'assurance des couvertures publiques mises en place dans les années 1960 aux compagnies privées d'assurance. D'abord technique avec la délégation de la gestion administrative des cotisations et prestations de Medicare aux compagnies privées d'assurance dès 1965, ce transfert prend

progressivement une dimension financière. Ces dernières développent en effet des couvertures qui sont proposées dans le cadre de cette assurance publique, dont elles assument directement le risque d'assurance en échange d'une somme forfaitaire mensuelle par capitation versée par l'administration fédérale. Depuis 1985, Medicare Advantage offre ainsi une couverture optionnelle et alternative à Medicare, promue dans un objectif de contrôle des coûts (apRoberts, dans ce numéro). Medicare Advantage remplace non seulement la couverture Medicare traditionnelle mais aussi la couverture complémentaire Medigap. Il en va de même en 2003 lors de l'instauration d'une couverture pour les médicaments prescrits en ambulatoire. Plutôt que d'intégrer cette couverture à Medicare et de conférer à l'administration fédérale le pouvoir de négocier directement avec les laboratoires pharmaceutiques, le choix a été fait de donner des subventions aux assurances privées pour qu'elles offrent une couverture des médicaments aux personnes âgées (Gruber, 2017), leur laissant le soin de négocier avec les laboratoires directement ou à travers des intermédiaires spécialisés (*Pharmacy Benefit Managers*).

## **II.2. Des dynamiques semblables du marché de l'assurance santé**

Le renforcement de la place des assureurs privés dans le financement des dépenses de santé s'accompagne de dynamiques transformatrices affectant le marché de l'assurance santé qui sont similaires aux États-Unis et en France et sont pour partie encouragées par les autorités publiques.

L'une de ces dynamiques se rapporte à l'homogénéisation des différents types d'opérateurs de l'assurance santé et à la progressive désingularisation des assureurs à but non lucratif. En France, les acteurs de l'assurance maladie complémentaire se diversifient à partir des années 1970. Tandis que les mutuelles représentent alors environ 80 % du marché de l'assurance maladie complémentaire, cette part diminue à 50 % à la fin des années 2010 au profit des sociétés d'assurance et des IP (31 et 18 % des cotisations collectées en 2017). Cette diversification tient tout d'abord à l'ouverture de la protection sociale complémentaire d'entreprise aux enjeux de santé qui favorise ces deux derniers types d'opérateurs, davantage spécialisés dans la couverture collective que les mutuelles<sup>7</sup>. Elle s'explique aussi par la redéfinition du cadre juridique réglemant le secteur de l'assurance maladie complémentaire, qui harmonise les conditions de fonctionnement et d'intervention des mutuelles, des IP et des sociétés d'assurance (réformes du Code de la mutualité de 1985 et 2001, loi du 31 décembre 1989, etc.) (Domin, 2020, 2021). Ce nouveau cadre organise une mise en concurrence des opérateurs à but lucratif et non lucratif, notamment sous l'influence de la législation

7. En 2016, les contrats collectifs représentent 29 % du chiffre d'affaires des mutuelles, 49 % de celui des sociétés d'assurance et 88 % de celui des IP. Par ailleurs, la part des contrats collectifs dans les cotisations collectées par tous les organismes d'assurance maladie complémentaire est passée de 40 à 48 % entre 2007 et 2019.

européenne (directives « assurance » de 1992, « solvabilité 2 » de 2009) qui considère l'ensemble des opérateurs de l'assurance maladie complémentaire sous la même catégorie juridique d'entreprise d'assurance. Cette législation leur donne la possibilité d'offrir des produits dans l'ensemble du marché intérieur et leur impose les mêmes contraintes réglementaires en matière de garanties financières (Del Sol, 2011). Non seulement les sociétés mutualistes perdent à cette occasion les protections économiques dont elles pouvaient bénéficier comme les mutuelles de fonctionnaires (mise à disposition de personnels et de locaux par l'État, subventions, etc.), mais elles tendent aussi à rapprocher leurs pratiques, notamment tarifaires, de celles des assurances lucratives pour rester compétitives (segmentation des contrats, tarification au risque, etc.) (Abecassis *et al.*, 2014).

Cette homogénéisation des opérateurs de l'assurance santé intervient de manière encore plus précoce aux États-Unis. Dès les années 1960, on observe une généralisation de certaines techniques d'assurance concernant le calcul du risque et la tarification qui lui est liée sous la pression des assureurs commerciaux qui se développent alors sur un marché de l'assurance santé en pleine expansion et encore dominé par des opérateurs à but non lucratif comme Blue Cross et Blue Shield. Alors que ces derniers proposent des contrats d'assurance sans distinction de prix en fonction de l'âge ou de l'état de santé de leurs souscripteurs (*community rating*), les compagnies d'assurance pratiquent l'*experience rating*, équivalent d'une tarification au risque, pour pouvoir vendre des polices d'assurance moins coûteuses aux individus en bonne santé. Afin de ne pas perdre une clientèle avantageuse d'assurés plutôt en bonne santé (celle des travailleurs syndiqués des grandes entreprises notamment) et d'éviter de se retrouver avec les populations les plus malades et les plus coûteuses, les assureurs à but non lucratif alignent leurs pratiques sur celles des assureurs à but lucratif en adoptant l'*experience rating* (Beaussier, 2016:68-69). La mise en équivalence de ces deux types d'opérateurs et la percée du pôle lucratif sont par ailleurs soutenues par les autorités fédérales à partir des années 1970 en les soumettant à une réglementation fiscale quasi similaire et en imposant un cadre commun aux couvertures complémentaires Medigap <sup>8</sup> (Chelle, 2019:24-34). Ainsi, les autorités promeuvent auprès de l'ensemble des assureurs santé une logique de *managed care*, prenant notamment la forme de Health Maintenance Organizations (HMO) <sup>9</sup>, dont il est espéré une plus

8. Ces assurances connues sous le nom de Medigap connaissent un début de réglementation fédérale en 1980 (l'amendement Baucus de l'Omnibus Reconciliation Act), qui sera complétée et renforcée en 1990 (Omnibus Budget Reconciliation Act) dans un but de standardisation des prestations, de stabilisation et de transparence de ce marché.

9. Le *managed care* désigne un ensemble de principes et pratiques qui redéfinissent le rôle des assureurs aux États-Unis à partir des années 1970. Celui-ci n'est plus limité au remboursement des frais de santé mais consiste aussi à agir sur l'organisation et le contrôle des soins. Il s'opérationnalise dans des réseaux de soins qui intègrent les fonctions de financeurs et de producteurs des soins.



grande maîtrise des dépenses de santé alors en forte hausse et qui favorise le développement des acteurs à but lucratif (Brown, 1983). Cette évolution s'inscrit dans un mouvement d'affirmation d'un cadre juridique commun à l'échelle fédérale, remettant en cause les législations des États qui sont chargés de la régulation des marchés de l'assurance <sup>10</sup>.

Une deuxième dynamique affectant les marchés de l'assurance santé en France et aux États-Unis concerne l'accroissement du nombre d'acheteurs de contrats sous l'effet de mesures politiques qui cherchent à étendre la couverture privée des dépenses de santé. Ce faisant, les autorités publiques travaillent à la solvabilisation du marché à travers une pérennisation de ses sources de financement selon des modalités et des temporalités qui diffèrent dans les deux pays. En France, près de 96 % de la population est couverte par l'assurance maladie complémentaire en 2017, contre un peu moins de 50 % en 1970. Cette quasi-généralisation de la couverture privée tient en grande partie à une politique d'incitation socio-fiscale qui encourage le développement de contrats collectifs d'entreprise à partir des années 1980, avant de rendre ces derniers obligatoires à la suite de l'accord national inter-professionnel de 2013 (Del Sol, Turquet, dans ce numéro). Cette politique est complétée à partir de la fin des années 1990 par des dispositifs d'accès à une couverture complémentaire individuelle ciblant les populations à bas revenus (couverture maladie universelle complémentaire couvrant 8 % de la population en 2017, aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé, etc.). Aux États-Unis, la part de la population de moins de 65 ans ayant opté pour un contrat individuel sur le marché privé des assurances, maintenue pendant les années 2000 en deçà de 5 % à cause de son coût élevé, croît un peu au cours de la dernière décennie, passant de 5 à 7 % entre 2010 et 2018. Globalement, la part de cette population affiliée à une assurance privée tend cependant à se réduire, passant de 79 à 65 % entre 1970 et 2018, du fait de l'érosion de la couverture d'entreprise <sup>11</sup>. La progression des contrats individuels est due principalement aux inscriptions de personnes auparavant non assurées sur les nouveaux marchés réglementés d'assurance mis en place par l'Obamacare à partir de 2014 et largement subventionnés. De fait, la généralisation de la couverture santé recherchée par l'Affordable Care Act de 2010 passe en partie par des subventions pour faciliter l'accès de certains publics aux marchés de l'assurance privée individuelle, comme le défend une partie des experts de la protection maladie les plus dominants depuis les années 1990 (Lepont, 2016 ; Beaussier, dans ce numéro). Mais c'est dans le cadre du programme public Medicare que l'élargissement de la clientèle des assurances privées est le plus frappant puisque la part de

10. On peut citer l'Employment Retirement Income Security Act (ERISA) de 1974 qui autorise les entreprises décidant de s'auto-assurer en santé à se soustraire à la réglementation des États.

11. <https://bit.ly/3hBTAFU>, consulté le 15 juillet 2021.

ses bénéficiaires optant pour Medicare Advantage fait plus que quadrupler entre 1995 et 2020, passant de 9 à 42 %<sup>12</sup>.

### III. Une même approche privative de la politique de santé ?

Les dynamiques du marché de l'assurance santé décrites ci-dessus ont pu être analysées dans la littérature comme la manifestation d'une « approche privative » de la politique de santé aux États-Unis. Appliquée à la France, cette approche propose selon nous une lecture plus affinée des processus de privatisation de la couverture santé, qui donne à voir de multiples imbrications entre opérateurs publics et privés. Celles-ci prennent appui sur des dispositifs publics spécifiques qui renforcent les inégalités d'accès et affaiblissent les mécanismes de solidarité.

#### III.1. Penser l'imbrication des couvertures publiques et privées : l'approche privative du financement des dépenses de santé

L'approche privative de la politique de santé désigne une invisibilisation, dans le domaine de la couverture maladie, de l'intervention de l'État qui agit en prenant appui sur des opérateurs privés multiples (entreprises, assureurs à but lucratif et non lucratif, etc.). Cette approche est présentée comme un trait distinctif des États-Unis dont l'État-providence est dit « masqué » (*hidden welfare state*) (Howard, 1997) ou encore de l'ombre (*shadow welfare state*) (Gottschalk, 2000), au contraire des systèmes de protection sociale européens caractérisés par un niveau élevé de dépense publique. À la suite des travaux de Hacker (2002, 2008), l'approche privative de la politique de santé peut être rapportée à trois composantes (institutionnelle, intellectuelle, stratégique) qui s'inscrivent dans des temporalités distinctes et ne constituent donc pas un programme d'action préétabli. Elle renvoie premièrement à un ensemble de dispositifs publics, développés aux États-Unis à partir des années 1940, qui soutiennent et encadrent plus ou moins étroitement la couverture des frais de santé par des opérateurs privés, en complément ou en remplacement de programmes publics. Ces dispositifs sont censés faciliter l'accès du plus grand nombre à une assurance privée et fixer à ces opérateurs des objectifs définis par les autorités publiques : exonérations socio-fiscales et subventions publiques pour encourager la souscription individuelle ou collective *via* l'entreprise de contrats d'assurance, standards de qualité imposés aux contrats, régulation du montant des primes, etc. Cette approche privative trouve ensuite sa justification intellectuelle, exprimée dès la fin des années 1960 par des économistes néo-classiques de la santé comme Pauly, dont plusieurs concepts comme l'aléa (ou le risque) moral insistent sur la plus grande efficacité de l'assurance privée,

---

12. <https://bit.ly/3khhMzm>, consulté le 8 août 2021.

par rapport aux assurances publiques, en raison de sa capacité à limiter les dépenses de soins dites inutiles (Batifoulier *et al.*, dans ce numéro)<sup>13</sup>. Du fait de ses instruments et de ses modalités de mise en œuvre, l'approche privative réduit enfin la visibilité des coûts de la politique de santé et la traçabilité de ses résultats, plus difficilement imputables à l'action gouvernementale, ce qui présente l'avantage politique de contenir les oppositions et conflits.

L'intérêt de cette lecture en termes d'approche privative est à la fois de restituer la dimension politique des processus de privatisation des dépenses de santé et de ne pas les réduire à un transfert de compétences et de responsabilités d'autorités publiques vers des acteurs privés. Au contraire, elle insiste sur les imbrications entre acteurs publics (assurance publique, gouvernants, etc.) et assureurs privés. Ainsi, elle décrit un nuancier d'articulations entre opérateurs publics et privés, de la couverture publique complète des dépenses de santé à celle strictement privée en passant par la délégation de programmes publics à des intermédiaires privés et par la distribution régulée de prestations privées. En somme, cette démarche conteste l'idée d'une division nette entre financeurs publics et privés de la santé pour mettre au contraire l'accent sur leurs formes d'interpénétration mutuelle : l'assurance privée peut être intégrée à la gestion des programmes publics de couverture des dépenses et les autorités étatiques peuvent assigner aux assureurs privés des objectifs civiques de l'assurance publique. L'idée peut ainsi être avancée que la distinction public/privé en matière assurantielle se rapporte moins à une frontière étanche ou à une ligne de séparation absolue qu'à une zone grise faite d'échanges et de contrôles. Appliquée habituellement dans la littérature au cas étasunien, que l'on retrouve dans les articles d'Anne-Laure Beaussier et Lucy apRoberts de ce numéro, consacrés respectivement à la mise en œuvre de l'Obamacare et au programme Medicare, cette démarche d'analyse peut éclairer les transformations actuelles du financement de la santé en France, comme nous y invite la mise en évidence du rapprochement, voire de la similitude de certaines dynamiques des marchés de l'assurance santé dans les deux pays.

### **III.2. Explorer l'ingénierie et les effets redistributifs de la politique privative de la santé**

En « déprovincialisant » cette lecture forgée à partir des politiques adoptées aux États-Unis, notre approche ne soutient pas la thèse d'une

13. Inspiré du modèle de l'agence et de son principe d'asymétrie d'information, le concept d'aléa moral rend compte des incitations à la surconsommation de soins et à l'adoption de comportements à risque qu'entreprendrait une couverture financière étendue des dépenses de santé. Si cette critique est adressée à toutes les formes assurantielles (publiques et privées), ces incitations néfastes pourraient être corrigées par des mécanismes de copaiement (ticket modérateur, etc.) et seraient moins fortes dans le cadre des contrats d'assurance privée dont l'acquittement peut responsabiliser l'assuré et dont la diversité peut être adaptée aux différents profils de risque, limitant ainsi les recours inutiles aux services de santé.

convergence des systèmes de santé français et étasunien tant la place de l'assurance privée dans leur financement est loin d'être identique, comme nous l'avons souligné précédemment. En effet, la régulation publique de l'assurance santé privée se construit historiquement dans des rapports différents à l'assurance publique dans les deux pays. Alors que cette régulation est pour certains de ses promoteurs un moyen de prévenir l'apparition d'une assurance nationale obligatoire aux États-Unis à partir des années 1940, elle se développe en France à partir des années 1980 en partie en réaction aux défaillances de la couverture publique des dépenses de santé. L'attention portée aux logiques privatives dans le système de santé français, à la lumière des politiques étasuniennes, ouvre deux perspectives.

Premièrement, elle donne à voir le déploiement d'une ingénierie de régulation qui favorise le développement des contrats privés d'assurance santé et encadre leurs garanties en s'appuyant principalement sur des outils fiscaux (exonérations, subventions, etc.) (Del Sol, Turquet, dans ce numéro). Les similarités instrumentales apparaissent fortes entre les deux pays, bien que les montants financiers en jeu ne soient pas équivalents. Ces instruments donnent à voir de part et d'autre de l'Atlantique une tension entre une certaine standardisation des contrats, auxquels sont assignés des objectifs civiques d'accès aux soins, et des mécanismes d'extension et de stabilisation du marché des assurances (Batifoulier *et al.*, dans ce numéro). Les mécanismes de régulation présentent cependant en France une sophistication moins poussée qu'aux États-Unis où ces derniers ciblent non seulement l'accès aux contrats et leur contenu (incitations à la souscription, lutte contre la sélection des assurés, garanties minimales, etc.) mais aussi le niveau de marges des assureurs et la compensation des risques entre ces derniers (Beaussier ; apRoberts, dans ce numéro). Une autre particularité française, par rapport à la situation étasunienne, tient au fait que les dispositifs fiscaux de régulation agissent simultanément et directement sur les couvertures publique et privée puisque les exonérations de cotisations sociales doivent encourager la souscription de contrats d'assureurs privés et réduisent en même temps les ressources de la Sécurité sociale.

Deuxièmement, l'analyse de l'approche privative de la politique de santé ouvre un questionnement sur ses effets en termes d'égalité et de solidarité. Si l'enrôlement public des assureurs privés est présenté comme un substitut à l'assurance publique (aux États-Unis) ou un palliatif à ses insuffisances (en France), l'approche privative du financement de la santé revêt néanmoins toujours un caractère nettement moins redistributif que la couverture publique d'après Hacker (2002:36-40). Ce constat est documenté par l'ensemble des articles du numéro dont on peut retenir au moins deux observations établies à la fois sur les terrains français et étasunien. D'une part, les dispositifs publics de régulation de l'assurance privée permettent

certes d'étendre la couverture santé au sein de la population mais ils entretiennent, voire accroissent les inégalités d'accès aux contrats d'assurance entre individus. Ces inégalités s'observent au niveau du prix des contrats et de leur qualité : dépenses socio-fiscales favorisant les couvertures collectives de salariés avec un emploi stable plutôt que les couvertures individuelles plus coûteuses ; effets contrastés des garanties minimales imposées par l'État sur le prix des contrats en fonction de leur nature (collective, individuelle) et de leur opérateur, etc. (Del Sol, Turquet ; Gay, dans ce numéro). D'autre part, la politique privative du financement de la santé construit de nouveaux espaces pour le marché de l'assurance et contribue aux processus de segmentation de la population qui lui sont inhérents. Des initiatives politiques nationales ou locales peuvent susciter de nouvelles offres concurrentielles à l'image des « mutuelles communales » apparues à la suite de mobilisations d'équipes municipales (Comer, dans ce numéro). L'instrumentation de ces initiatives contribue en outre à différencier des catégories d'assurés (les salariés du secteur privé, les retraités, les plus modestes, etc.) qui présentent des différences d'état de santé et auxquelles les opérateurs d'assurance sont incités à ajuster le prix et le contenu de leur offre. En somme, le recours politique aux assurances privées étend moins les mécanismes de solidarité qu'il ne tend à les fragmenter.

Les contributions de ce numéro spécial, en analysant les interrelations entre assurances privées et autorités publiques en France et aux États-Unis, et en offrant dans certains cas une comparaison entre les deux pays, viennent enrichir cette perspective analytique en termes d'approche privative des politiques de santé.

#### **IV. Présentation des contributions du numéro**

Philippe Batifoulier, Victor Duchesne et Anne Sophie Ginon soulignent que le développement des assurances complémentaires santé en France s'est accompagné et nourri d'un processus de promotion des missions et valeurs de solidarité traditionnellement attribuées à l'assurance publique, donnant ainsi naissance à ce que les auteurs nomment un « marché éduqué ». Après avoir analysé les modalités de construction de ce marché en France, ils montrent, dans une comparaison avec les États-Unis, que le « marché éduqué » offre un compromis raisonné entre logiques de marché promues par les assurances privées et logiques de solidarité propres aux assurances publiques, en renouvelant les formes de l'intervention publique.

Marion Del Sol et Pascale Turquet interrogent la rationalité, la légitimité et l'équité des dépenses sociales liées aux dispositifs collectifs d'assurance maladie complémentaire en entreprise en France. Si les incitations financières à la souscription de tels contrats remontent à la fin des années 1970,

elles laissent place dans les années 2010 à une politique de subventionnement à l'achat d'une assurance privée de la part de l'État. En effet, les entreprises du secteur privé ont obligation, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, de financer à 50 % au moins une couverture complémentaire maladie au bénéfice de leurs salariés. C'est donc à une rupture de logique que conduit l'accord national interprofessionnel de 2013, qui non seulement accentue le caractère inégalitaire de l'accès à l'assurance maladie complémentaire mais pérennise l'assurance privée comme horizon indépassable des réformes dans le champ de l'assurance maladie.

Lucy apRoberts analyse les transformations de Medicare aux États-Unis, à l'origine une assurance sociale pour les personnes âgées de 65 ans et plus créée en 1965 pour combler les lacunes du système d'assurance privée *via* l'emploi alors dominant. Elle montre que l'existence de restes à charge importants pour les assurés de ce programme public entraîne la création d'assurances complémentaires, appelées Medigap, réglementées par le gouvernement fédéral dans les années 1980-1990 puis d'assurances substitutives avec l'adoption à partir de 1986 d'un nouveau type de contrat, Medicare Advantage, pris en charge par les compagnies privées d'assurance et qui vient se substituer en totalité à Medicare et Medigap. Le développement de Medicare Advantage fait muter Medicare d'un modèle d'assurance sociale à un modèle d'assurance hybride consacrant le rôle des assureurs au cœur du système de santé étasunien dans lequel intérêts privés et « intérêt général » s'imbriquent.

Anne-Laure Beaussier met l'accent sur le rôle relativement invisible mais pourtant bien réel et croissant de l'État américain dans la couverture maladie assurée par des opérateurs privés, en particulier à la suite de l'adoption de l'Affordable Care Act (ACA) en 2010, souvent désigné sous le nom d'Obamacare. D'une part, elle s'appuie sur les assureurs privés pour universaliser l'accès aux soins et leur assigne des objectifs de solidarité en réglementant leur offre et en encadrant leurs pratiques. D'autre part, cette loi cherche à organiser et à stabiliser les marchés d'assurance individuelle (Health Insurance Marketplaces), qui sont mis en place à cette fin de solidarité mais connaissent dès leurs débuts plusieurs dysfonctionnements. Ce faisant, l'Obamacare contribue à créer un « marché éduqué » de l'assurance santé que l'administration Trump n'a pas fondamentalement remis en cause malgré les intentions affichées.

Clémentine Comer analyse l'essor dans les années 2010 des « mutuelles communales », c'est-à-dire des contrats de frais de santé proposés par quelques opérateurs qui sont négociés plus ou moins directement par des élus locaux. Bénéficiant d'un avantage tarifaire de groupe, ces contrats sont destinés aux individus exclus des mécanismes d'extension de la complémentaire santé et les plus exposés à la sélectivité du marché de l'assurance

(retraités, chômeurs, etc.). Les mutuelles communales sont constitutives d'une action publique locale assistantielle bricolée dont les motivations politiques et sociales varient en fonction des équipes municipales et expliquent leur recours à des produits assurantiels de nature différente. Cette municipalisation de la protection maladie reste par ailleurs fragile. Elle donne à voir des élus locaux, sans capacité d'évaluation et de contrôle, qui s'en remettent aux opérateurs d'assurance dont la viabilité économique des contrats apparaît précaire.

Renaud Gay s'intéresse à la couverture financière par l'assurance maladie et les assurances privées d'une série de biens médicaux (lunettes, prothèses dentaires, aides auditives) dont les restes à charge sont très élevés et qui sont la cible de plusieurs interventions publiques et privées depuis les années 2000. Il analyse en particulier la formation et le développement de plateformes de conventionnement (ou réseaux de soins) qui sont initiées par les assurances privées pour contrôler leurs dépenses et améliorer le niveau de remboursement des assurés pour ce type de soins. Hétérogènes et contestés, ces dispositifs sont concurrencés par la réforme gouvernementale du « 100 % santé » qui poursuit les mêmes objectifs mais esquisse de nouvelles formes d'articulation entre l'assurance maladie et les assurances santé privées. Cet article donne ainsi à voir plusieurs modalités d'investissement des assurances privées dans un objectif de réduction du reste à charge et d'amélioration de l'accès aux soins des assurés, qui relève traditionnellement de l'assurance publique.

Les articles de ce numéro spécial de *La Revue de l'IREES* entendent ainsi apporter un nouvel éclairage aux processus de privatisation touchant la couverture des dépenses de santé en France. Ceux-ci ne marquent pas tant un retrait de l'État qu'un brouillage de ses frontières et un renouvellement de ses formes d'intervention. Équipées de dispositifs juridiques incitatifs, les autorités publiques agissent par enrôlement d'opérateurs privés, rappelant ainsi des pratiques gouvernementales observées de longue date aux États-Unis dans le secteur de la santé. Si les systèmes de santé français et étasunien conservent sans nul doute leurs spécificités, force est de constater qu'un même art privatif de gouverner tend à les rapprocher et participe, de part et d'autre de l'Atlantique, à fragiliser les mécanismes de solidarité.

## Références bibliographiques

- Abecassis P., Coutinet N., Domin J.-P. (2014), « Les principes mutualistes confrontés aux modalités de regroupement des organismes complémentaires d'assurance maladie », *Revue internationale de l'économie sociale*, n° 331, p. 60-75, <https://doi.org/10.7202/1023485ar>.
- Actualité et dossier en santé publique* (2018), Dossier « Reste à charge et santé », n° 102, <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=159>.
- Beaussier A.-L. (2016), *La santé aux États-Unis : une histoire politique*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Benamouzig D. (2012), « Du grand soir au clair-obscur. Expertise économique et privatisation bureaucratique de l'assurance maladie », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 193, p. 56-73, <https://doi.org/10.3917/arss.193.0056>.
- Brown L.D. (1983), *Politics and Health Care Organization: HMOs as Federal Policy*, Washington, The Brookings Institution.
- Chapin C.F. (2015), *Ensuring America's Health: The Public Creation of the Corporate Health Care System*, New York, Cambridge University Press.
- Chelle É. (2019), *Comprendre la politique de santé aux États-Unis*, Rennes, Presses de l'EHESP.
- Del Sol M. (2011), « La construction juridique du marché de l'assurance santé en Europe », *Revue de droit sanitaire et social*, n° 2, p. 197-207.
- Domin J.-P. (2020), « Le rôle de la loi du 31 décembre 1989 dans la construction du marché de l'assurance maladie complémentaire », *RECMA*, n° 357, p. 52-65, <https://doi.org/10.3917/recma.357.0052>.
- Domin J.-P. (2021), « Monopole mutualiste versus concurrence dans le secteur de la prévoyance complémentaire. Retours sur un débat méconnu (1983-1985) », *Revue française de socio-économie*, n° 26, p. 67-86, <https://doi.org/10.3917/rfse.026.0067>.
- Dreyfus M. (2001), *Liberté, égalité, mutualité. Mutualisme et syndicalisme, 1852-1967*, Paris, Éditions de l'Atelier.
- Gibaud B. (1990), « Origines et conséquences de la présence de finalités commerciales dans le champ de la protection sociale complémentaire », *Sciences sociales et santé*, vol. 8, n° 1, p. 15-20, <https://doi.org/10.3406/sosan.1990.1150>.
- Gottschalk M. (2000), *The Shadow Welfare State: Labor, Business, and the Politics of Health Care in the United States*, Ithaca, Cornell University Press, <https://www.jstor.org/stable/10.7591/j.ctv5rdxxd>.
- Gruber J. (2017), « Delivering public health insurance through private plan choice in the United States », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 31, n° 4, p. 3-22, <https://doi.org/10.1257/jep.31.4.3>.
- Hacker J.S. (2002), *The Divided Welfare State: The Battle over Public and Private Social Benefits in the United States*, New York, Cambridge University Press.
- Hacker J.S. (2008), *The Great Risk Shift: The New Economic Insecurity and the Decline of the American Dream*, New York, Oxford University Press.
- Hatzfeld H. (1971), *Du paupérisme à la Sécurité sociale. Essai sur les origines de la Sécurité sociale en France 1850-1940*, Paris, Armand Colin.



- Howard C. (1997), *The Hidden Welfare State: Tax Expenditures and Social Policy in the United States*, Princeton, Princeton University Press.
- Kerleau M., Durand F., Fretel A., Hirtzlin I. (2008), *Pratiques et enjeux autour de la protection sociale complémentaire d'entreprise*, Rapport pour la MiRe, tome I, <https://bit.ly/39gZcBN>.
- Lepont U. (2016), « De Clinton à Obama : effets d'apprentissage et filtrage des alternatives. La convergence des experts sur la réforme de la santé aux États-Unis (1993-2010) », *Gouvernement et action publique*, n° 3, p. 9-31, <https://doi.org/10.3917/gap.163.0009>.
- Lucas M. (1986), « Les enjeux de la protection sociale complémentaire », *Droit Social*, n° 4, avril, p. 286-289.
- Marc C., Héam J.-C., Mikou M., Portela M. (2020), *Les dépenses de santé en 2019. Résultats des comptes de la santé. Édition 2020*, Panoramas de la Drees, <https://bit.ly/3nEDIq8>.
- Morgan K.J., Campbell A.L. (2011), *The Delegated Welfare State. Medicare, Markets, and the Governance of Social Policy*, Oxford, Oxford University Press, <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199730346.001.0001>.
- Revue de droit sanitaire et social* (2017), Dossier « Santé et restes à charge », hors série.
- Soual H. (2017), « Les dépenses de santé depuis 1950 », *Études et Résultats*, n° 1017, Drees, juillet, <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1017.pdf>.
- Tabuteau D. (2010), « La métamorphose silencieuse des assurances maladie », *Droit social*, n° 1, p. 85-92, <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-02199175>.
- Valat B. (2001), *Histoire de la Sécurité sociale (1945-1967). L'État, l'institution et la santé*, Paris, Economica.