États-Unis

Les compagnies d'assurance santé, au cœur des rancœurs et frustrations du public vis-à-vis du système de santé

Catherine SAUVIAT

L'assassinat du P-DG de UnitedHealthcare, la plus grande compagnie d'assurance santé aux États-Unis, a remis le système de santé américain et ses dysfonctionnements au cœur du débat médiatique. L'article revient sur les évolutions récentes de ce système, son coût extrêmement élevé, la domination des compagnies d'assurance de plus en plus concentrées et financiarisées et les pratiques commerciales de ces dernières, comme les refus de remboursement des soins qui ont fait resurgir la colère et les frustrations du public.

The assassination of the CEO of UnitedHealthcare, the largest health insurance company in the United States, has put the American healthcare system and its dysfunctions at the heart of the media debate. This article looks back over recent changes in the system, its extremely high costs, the dominance of increasingly consolidated and financialized insurance companies, and their commercial practices, like claim denial, which have caused a resurgence in public anger and frustrations.

Catherine Sauviat est chercheure associée à l'Ires.

L'assassinat dans les rues de Manhattan du P-DG de UnitedHealthcare[1], la plus grande compagnie d'assurance santé aux États-Unis en fin d'année 2024, a remis le système de santé américain et ses dysfonctionnements au cœur du débat médiatique alors que cette question avait été totalement absente de la campagne présidentielle en 2024, contrairement à celles de 2020 et de 2016. Cet acte a fait resurgir la colère du public contre les pratiques commerciales jugées immorales des plus grandes compagnies privées d'assurance santé à but lucratif, notamment les refus de remboursement de certains soins, symboles pour d'aucuns de la pire forme de cupidité des entreprises. Comme le montre en effet un sondage effectué par un organisme de recherche de l'Université de Chicago entre le 12 et le 16 décembre 2024, si les personnes interrogées attribuent la première responsabilité de l'assassinat du P-DG de UnitedHealthcare à l'individu ayant commis le crime (78 %), le refus de remboursement des soins et les profits réalisés par les compagnies d'assurance arrivent tout de suite après dans l'échelle des responsabilités (respectivement 69 et 67 %)[2]. Cet événement a ravivé le débat sur les coûts de la santé et des primes d'assurance en particulier, à l'origine de nombreuses frustrations du public et des assurés en général.

De fait, les compagnies d'assurance santé occupent aux États-Unis une position au cœur du système de santé. C'est en effet le cas s'agissant de la gestion des polices d'assurance individuelles ou de groupe. Mais c'est aussi le cas de celle des programmes publics pour les personnes de plus de 65 ans (Medicare Advantage) et pour celles à faible revenu (Medicaid), en grande partie privatisés (encadré 1). L'historienne Christie Ford Chapin (2015) a montré comment les compagnies d'assurance privées à but lucratif se sont imposées comme l'acteur central de ce système dès les années 1930, position qu'elles sont parvenues à consolider après la seconde guerre mondiale au détriment des professions médicales et des hôpitaux. Aujourd'hui, non seulement décident-elles du type de soins et de services qui peuvent être couverts et remboursés, mais elles déterminent aussi les rémunérations des médecins et les revenus des hôpitaux en fixant les tarifs de remboursement. Elles vont même jusqu'à façonner les pratiques médicales en exigeant des fournisseurs de soins (médecins et hôpitaux) qu'ils suivent des traitements types dont la rémunération de ces derniers dépend.

Cet événement tragique est donc l'occasion de revenir sur les caractéristiques et les évolutions récentes du système de santé étasunien et sur les principales critiques que les Américains lui adressent – prix élevés, réseaux de soins limités, paperasserie administrative, surfacturations, « *surprising bills* » (voir *infra*), opacité, etc.

Un système coûteux, dominé par les compagnies d'assurance

Les États-Unis se distinguent du reste du monde par le coût élevé de l'assurance santé et de son système de santé en général ainsi que par la domination en son sein d'acteurs privés à but lucratif, notamment les compagnies d'assurance.

1. Filiale de UnitedHealth Group, un conglomérat basé au Minnesota qui opère dans différentes activités du secteur de la santé et qui procure une couverture santé à plus de 50 millions d'Américains (encadré 2).

2. La question posée dans ce sondage était : « Quelle est, selon vous, la part de responsabilité de chacun des acteurs suivants dans le récent assassinat du P-DG de UnitedHealthcare, Brian Thompson ? » : https://bit.ly/3EsutU8.

Des coûts élevés qui ne cessent d'augmenter

Les dépenses de santé représentent aux États-Unis 17,6 % du PIB en 2023, soit la part la plus élevée de toutes les grandes nations industrielles pour des résultats très médiocres au vu des principaux indicateurs de santé de la population. Chaque Américain dépense ainsi en moyenne 14 570 dollars par an (soit 13 968 euros) à titre individuel pour ses soins médicaux, l'achat de médicaments, d'équipements médicaux, etc.[3] Un grand nombre d'entre eux sont obligés de différer des soins et des traitements ou de s'endetter, ou bien encore de couper dans d'autres dépenses à cause du coût particulièrement élevé de l'assurance santé, comme le montrent les sondages régulièrement effectués par Gallup[4] ou les enquêtes du Commonwealth Fund[5]. La dette médicale des Américains tous prestataires confondus (hôpitaux, labos, médecins, ambulances, etc.) atteint 220 milliards de dollars (211 milliards d'euros) et est à l'origine de 40 % des faillites personnelles aux États-Unis. Elle concerne au total plus de 100 millions d'Américains, dont une partie disposent pourtant d'une couverture santé, mais qui est inadaptée à leurs besoins. Parmi eux, environ 14 millions doivent plus de 1 000 dollars (959 euros) et 3 millions plus de 10 000 dollars (9 585 euros) (Rakshit *et al.*, 2024).

En 2024, un salarié couvert *via* l'emploi par son employeur paie une partie de la prime annuelle d'assurance santé (1 368 dollars, soit 1 311 euros, sur un total qui s'élève en moyenne à 8 951 dollars, soit 8 580 euros, le reste étant payé par l'employeur). Mais il doit de surcroît payer une franchise annuelle de 1 787 dollars ainsi qu'une participation aux soins (*co-pay*), qui varie entre 20 et 50 dollars (entre 19 et 48 euros) par consultation, ce qui lui laisse des restes à charge conséquents. Un individu de moins de 65 ans et/ou à faible revenu qui ne bénéficie ni d'une couverture liée à l'emploi, ni d'un accès à Medicaid (encadré 1), n'a pas d'autre choix que de s'assurer directement auprès d'une compagnie d'assurance ou *via* les marchés réglementés d'assurance créés en 2010 par le Patient Protection and Affordable Care Act ou ACA (connu aussi sous le nom d'Obamacare), voire de prendre le risque de ne pas s'assurer. S'assurer individuellement auprès d'une compagnie d'assurance coûte en moyenne 5 472 dollars, soit 5 246 euros en 2023[6] ; s'assurer individuellement *via* les marchés réglementés d'assurance revient en moyenne à 5 724 dollars de prime annuelle, tous types de couvertures confondus, mais si la personne dispose d'un revenu compris entre 100 et 400 % du seuil de pauvreté[7], elle est éligible à des subventions publiques.

3. D'après les données des Centers for Medicare and Medicaid Services : https ://bit.ly/4ayNEId.
4. *West Health-Gallup 2022 Healthcare in America Report* : https://bit.ly/40PWu0T.
5. The Commonwealth Fund 2023 Health Care Affordability Survey : https://bit.ly/4huU8d6.
6. E. Walker, « Group coverage vs. individual health insurance cost », July 8, 2024, *PeopleKeep*, https://bit.ly/4glFSCL.
7. En mars 2021, ce seuil d'éligibilité a été étendu au-delà de 400 % par le Congrès (American Rescue Plan). L'Inflation Reduction Act de 2022 l'a étendu à nouveau jusqu'en fin d'année 2025. Faute de reconduction de cette mesure, 4 millions de personnes pourraient perdre leur couverture santé en 2026 (Carter *et al.*, 2024).

Les compagnies d'assurance au cœur du système

Outre son coût élevé, le système de santé étasunien se distingue en particulier des autres systèmes nationaux de santé par le fait que la principale source de couverture des soins médicaux pour la population en âge de travailler provient du secteur privé, principalement *via* l'emploi (près des deux tiers de cette population), comme le montre le tableau 1. Les programmes publics Medicare et Medicaid, créés en 1965, devaient en effet accueillir les laissés-pour-compte de ce modèle focalisé sur les salariés occupant un emploi stable et à temps plein, à savoir les personnes âgées de plus de 65 ans, celles à faible revenu et celles en situation de handicap (encadré 1).

Tableau 1 - Type de couverture santé des Américains âgés de 19 à 64 ans en 2023

En %

Non-assurés	**10,9**
Couverture privée	**73,1**
Via *l'emploi*	*62,9*
Via *l'achat direct auprès d'une compagnie d'assurance ou sur les marchés réglementés*	*9,2*
Via *Tricare**	*2,4*
Couverture publique	**18,9**
Via *Medicare*	*3,4*
Via *Medicaid*	*7,1*
Via *VA* et *CHAMPVA***	*1,9*

* Tricare est la couverture santé proposée par le ministère de la Défense aux militaires en activité et en retraite.
** VA et CHAMPVA sont les couvertures santé proposées aux anciens combattants.

Note de lecture : l'addition des trois types de situation (non-assurés, assurés par le secteur privé et par les programmes publics) peut dépasser 100 % dans la mesure où certains types de couverture sont cumulables (Medicare, Medicaid, régime d'entreprise pour leurs retraités notamment).

Source : Health Insurance Coverage in the United States – 2023 : https://bit.ly/40Sebgb.

L'autre trait distinctif du système de santé étasunien qui découle du premier est sa marchandisation, ici poussée à l'extrême. En effet, à chaque étape des soins et prestations délivrés interviennent des acteurs privés qui cherchent à en tirer profit (assureurs,

hôpitaux, labos pharmaceutiques, Pharmacy Benefit Managers ou PBM[8], médecins, etc.) dans un secteur essentiellement à but lucratif, et de surcroît largement financiarisé. Mais de tous ces acteurs, les compagnies d'assurance santé sont en position de force et jouent un rôle pivot, tant dans le financement du risque santé que dans la gestion des soins médicaux.

Elles gèrent en effet aussi bien les polices d'assurance individuelle ou de groupe acquises sur les marchés privés d'assurance, un rôle traditionnel conforté par l'ACA, que les programmes publics Medicare et Medicaid (encadré 1), largement privatisés à partir des années 1990 et qui ont assuré la promotion des activités des compagnies privées d'assurance (Klein, 2003). La gestion de ces programmes leur a en effet été déléguée par l'État fédéral pour le premier (avec la création de Medicare Advantage ou MA) et par les États fédérés pour le second, dans un souci de contrôle des coûts. Ainsi, les compagnies privées d'assurance santé gèrent aujourd'hui plus de la moitié des assurés de MA et près des trois quarts des assurés de Medicaid qui bénéficient d'une couverture santé à travers un réseau limité de soins. Les économistes de la santé soulignent que MA est plus efficace que Medicare en termes de recours et de coordination des soins de même qu'en termes de contrôle des coûts (Gruber, 2017), sachant que le premier attire les personnes en meilleure santé, laissant les plus malades au second, ce qui a contribué à en augmenter les coûts.

Pouvoir de marché des compagnies d'assurance et financiarisation du système de santé

Deux phénomènes sont à l'œuvre dans le secteur de la santé qui ont des effets délétères sur l'accès, le coût, les choix des consommateurs et la qualité des soins délivrés : d'une part, la consolidation des compagnies d'assurance santé et la constitution de vastes conglomérats qui leur confèrent un important pouvoir de marché sur les autres acteurs du système de santé et leur permet d'exercer une pression à la baisse sur les prix des fournisseurs de soins ; d'autre part, la financiarisation du secteur, c'est-à-dire l'influence dominante des critères financiers et des stratégies financières sur le secteur de la santé.

La concentration de l'assurance santé

La concentration dans le secteur de l'assurance santé s'est accélérée au milieu des années 2000, d'abord par une intégration horizontale qui consiste pour les compagnies d'assurance à acquérir des concurrents. WellPoint Health a été acquis par Anthem Insurance pour former Anthem en 2004 (devenu depuis Elevance Health), PacifiCare Health Systems par UnitedHealth Group en 2005 puis Coventry Healthcare par Aetna en 2013. Ces acquisitions ont permis aux compagnies d'assurance de pénétrer certains segments du marché sur lesquels ils n'étaient pas (ou peu) présents et de diversifier leurs produits d'assurance (MA pour certains, Medicaid pour d'autres, marchés réglementés de l'assurance individuelle pour

8. Les PBM sont des acheteurs en gros de médicaments qui négocient les prix des médicaments prescrits sur ordonnance auprès des laboratoires pharmaceutiques pour le compte de leurs clients (employeurs, syndicats, hôpitaux, Medicare et Medicaid). Ils possèdent parfois leur propre réseau de pharmacies, à l'instar de CVS. Les trois plus gros PBM (CVS Caremark, Cigna Group's Express Scripts et UnitedHealth Group's Optum Rx) gèrent près de 80 % des prescriptions médicales aux États-Unis, soit l'équivalent de 480 milliards de dollars, ou 460 milliards d'euros (US Federal Trade Commission, 2024, 2025).

Encadré 1 - **Medicare et Medicaid, les principaux régimes d'assurance publique aux États-Unis et leur privatisation progressive**

Medicare et Medicaid sont les deux principaux programmes publics d'assurance santé. En 2023, ils comptent quasiment le même nombre d'assurés : 62,5 millions pour Medicare et 62,7 pour Medicaid, soit près de 38 % des Américains au total.

Medicare, une assurance pour les personnes âgées ou handicapées

Medicare est un programme géré par l'État fédéral qui offre depuis 1965 partout la même couverture santé de base aux personnes âgées de plus de 65 ans. Il a été étendu en 1972 aux personnes gravement handicapées de moins de 65 ans, couverts par l'assurance invalidité du régime public de retraite (Social Security Disability Insurance) et aux personnes atteintes de certaines pathologies. Il est financé pour partie par des cotisations sociales obligatoires prélevées sur les salaires et les revenus des travailleurs indépendants, pour partie par des primes versées par les assurés et par l'État fédéral. Il couvre en partie les frais d'hospitalisation, les soins ambulatoires et, depuis 2006, les médicaments prescrits sur ordonnance mais l'assuré paie une partie des frais médicaux de sa poche (franchise, copaiements).

Medicare Advantage (MA), une assurance privée pour les bénéficiaires de Medicare

Pour éviter des restes à charge possiblement élevés, de nombreux assurés de Medicare ont choisi de souscrire à une assurance privée, Medicare Advantage (MA). Ce programme, instauré en 1997 par le Balance Budget Act mais qui existait sous d'autres formes depuis une dizaine d'années déjà, est destiné à contrôler les coûts croissants de Medicare. Il remplace alors ce dernier pour ses souscripteurs et a l'avantage d'offrir des garanties complémentaires non couvertes par le programme traditionnel (couverture des soins dentaires, auditifs, optiques, remboursement des médicaments prescrits sur ordonnance, etc.) et de diminuer les restes à charge pour les assurés. MA est directement géré par les compagnies d'assurance privées à qui Medicare verse un forfait par tête en contrepartie de la prise de risque qu'elles assument alors en totalité (apRoberts, 2022).

Medicaid, l'autre grand programme d'assurance publique destiné aux personnes à faible revenu

L'accès à Medicaid est gratuit mais soumis à condition de ressources et il est financé conjointement par l'État fédéral et les États. Il n'est plus géré directement par ces derniers que dans une minorité de cas, alors que c'était la règle à l'origine du programme. Dans ces cas, ce sont les États qui établissent leur propre programme (conditions d'éligibilité, services couverts – notamment les soins de longue durée –, méthode et montant des remboursements) et rémunèrent les professionnels de santé au travers du paiement à l'acte à un professionnel certifié (*fee for service*) sur la base de tarifs établis par eux. Dans d'autres cas, les États, par souci de maîtrise de leurs dépenses de santé, ont obtenu l'autorisation d'externaliser la gestion du programme aux compagnies d'assurance privées. ■■■

Ils ont ainsi pu contracter avec ces dernières à travers leurs réseaux de soins intégrés sur la base d'un forfait moyen par tête, à charge pour les compagnies d'assurance d'en assumer le risque. En 1983, seuls 3 % des inscrits à Medicaid relevaient de cette situation, mais c'est aujourd'hui le cas de près de 75 % d'entre eux.

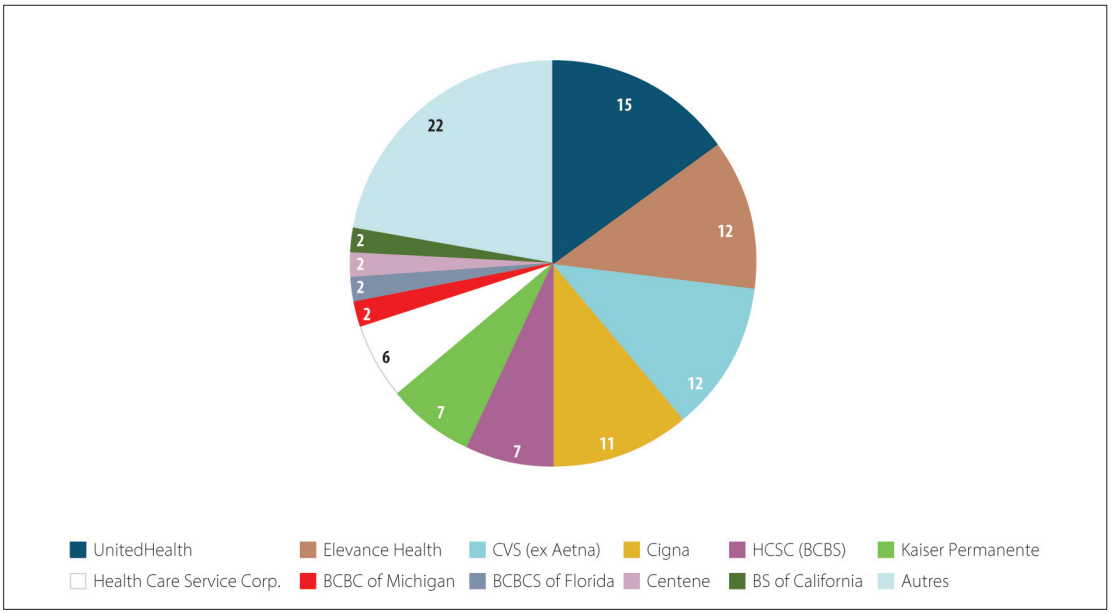
d'autres encore, etc.). Aujourd'hui, les quatre premiers assureurs dans le domaine de la santé (UnitedHealthcare, Elevance Health, CVS et Cigna) contrôlent 50 % du marché de l'assurance santé (graphique 1) mais cette domination est parfois plus prononcée encore sur certains segments du marché et dans certains États.

Cette intégration horizontale s'est accompagnée de la mise en œuvre par les compagnies d'assurance d'une intégration verticale à partir de la seconde moitié de la décennie 2010, c'est-à-dire du rachat d'entreprises du secteur de la santé intervenant dans d'autres domaines que l'assurance (cabinets médicaux, pharmacies, PBM, etc.). Ainsi UnitedHealth Group a acquis en 2017 Surgical Care Affiliates, un opérateur de centres de chirurgie ambulatoire et d'hôpitaux chirurgicaux et DaVita's, un opérateur de soins primaires et d'urgence en 2019. En 2018, Cigna a complété son acquisition de PBM Express Scripts. Si bien qu'actuellement quatre des cinq plus importants PBM sont intégrés à un assureur (Murphy, 2024).

Ce type d'intégration verticale a été largement favorisé par l'adoption de l'ACA en 2010, qui a en effet conforté le pouvoir

Graphique 1 - **Parts de marché des principales compagnies d'assurance santé aux États-Unis en 2023**

En %



Source : d'après Guardado, Kane (2024).

des assureurs de trois manières : en rendant l'assurance santé obligatoire pour les Américains (*individual mandate*) et les employeurs de plus de 50 salariés ; en offrant des subventions aux individus à faible revenu[9] pour leur permettre de s'assurer individuellement sur les marchés réglementés mis en place par la loi ; enfin, en étendant Medicaid aux adultes dont les revenus ne dépassent pas 138 % du seuil de pauvreté (20 783 dollars en 2024, soit 19 910 euros), même si cette action a été entravée par la Cour suprême qui a laissé aux États le soin de choisir ou pas l'extension et les subventions afférentes[10]. C'est pourquoi les compagnies d'assurance ne s'y sont pas opposées, y voyant une nouvelle clientèle à assurer. De fait, la loi a eu pour effet d'augmenter le nombre d'assurés et de diminuer de moitié le nombre de non-assurés, réduits aujourd'hui tous âges confondus à 8 contre 16 % en 2010.

Mais le fait que l'ACA ait aussi plafonné le profit des compagnies d'assurance santé en exigeant qu'au moins 80 à 85 % des primes reçues servent effectivement à la délivrance de soins[11] a poussé ces dernières à aller chercher des sources de profit ailleurs que dans leur métier d'assureur. Elles ont alors acquis des hôpitaux, des cabinets de médecins, des pharmacies, des grossistes en médicaments (PBM). L'ACA a donc contribué à une accélération des fusions et des consolidations dans le secteur de la santé dont UnitedHealth Group est emblématique (encadré 2).

Si les prix élevés demandés par les professionnels de santé dans et hors de l'hôpital contribuent certainement à l'inflation des coûts de la santé, ils sont aussi la conséquence de la consolidation du pouvoir de marché des compagnies d'assurance, que la Federal Trade Commission, chargée de veiller à la protection des consommateurs et de lutter contre les pratiques anti-concurrentielles des entreprises, n'a pas réussi à empêcher. Cette position dominante permet à ces mastodontes de fixer les prix, de restreindre la couverture santé et d'opacifier encore plus le système de santé pour accroître leurs profits.

La financiarisation du secteur de la santé

Le secteur de la santé aux États-Unis a connu comme les autres secteurs industriels un processus avancé de financiarisation mais ses effets sont plus dévastateurs qu'ailleurs du fait qu'il affecte l'accès, le coût et la qualité des soins délivrés aux individus concernés. Cette financiarisation a cours depuis plusieurs décennies. Elle s'est particulièrement affirmée avec l'idéologie de la valeur actionnariale (*shareholder value*) qui a dominé la gouvernance des entreprises à partir des années 1980. Ce processus de financiarisation s'illustre de différentes façons. D'une part, la plupart des acteurs du système de santé (compagnies d'assurance, cabinets médicaux, hôpitaux) sont

9. Ceux dont le revenu se situe entre 100 et 400 % du seuil de pauvreté.

10. Depuis, 41 États ont choisi d'étendre Medicaid, y compris des États gouvernés par les Républicains mais 10 d'entre eux continuent de refuser cette extension.

11. L'ACA a fixé un seuil minimum de revenu (80 % sur les marchés de l'assurance individuelle et 85 % sur les marchés de l'assurance de groupe) devant être dédié aux remboursements des frais médicaux versés aux assurés par rapport aux primes encaissées (Medical Loss Ratio), une façon de limiter la part restante, soit les profits des compagnies d'assurance diminués des frais de gestion administrative. En cas de non-atteinte de ce ratio calculé pour chaque assuré, la compagnie d'assurance est tenue de rembourser la somme due à son client.

Encadré 2 - **UnitedHealth Group héberge la première compagnie d'assurance santé aux États-Unis**

La compagnie d'assurance santé UnitedHealthcare est créée en 1977 par Richard Burke, un analyste financier du secteur de la santé opérant au Minnesota. L'entreprise s'élargit rapidement en rachetant des réseaux de soins régionaux (Health Maintenance Organizations ou HMO), puis se diversifie dans les années 1990 en rachetant des PBM (voir note 8, p. 69), sous le nom de UnitedHealth Group (UNH).

Ce conglomérat émarge au huitième rang de la liste des 500 plus grandes entreprises étasuniennes établie par le magazine *Fortune* pour 2024. Fin 2024, il pèse 400,3 milliards de dollars (383,5 milliards d'euros) de chiffre d'affaires, dégage plus de 15 milliards de dollars (14 milliards d'euros) de profit, emploie plus de 440 000 salariés dont 160 000 cliniciens et compte plus de 2 000 filiales. Ses deux premiers actionnaires sont les deux plus importants fonds d'investissements au monde, à savoir BlackRock et Vanguard. Ils détiennent à eux deux environ 17 % de son capital (voir *infra*).

UNH détient aujourd'hui la plus grosse part du marché de l'assurance santé, et intervient sur le marché de l'assurance individuelle et de groupe des individus âgés de moins de 65 ans (23,7 millions d'assurés), sur celui de l'assurance individuelle des plus de 65 ans inscrits à MA (7,7 millions d'assurés), et sur celui de l'assurance individuelle des individus à faible revenu inscrits à Medicaid (7,8 millions)[1].

UNH est aussi présent dans d'autres segments du secteur de la santé, à travers sa filiale Optum qui lui procure aujourd'hui plus de la moitié de son chiffre d'affaires. Il contrôle notamment un réseau de fournisseurs de soins avec des hôpitaux, des centres de chirurgie ambulatoire et des services de santé à domicile (Optum Health), et entretient ce faisant une relation directe avec 90 000 cabinets médicaux. C'est d'ailleurs le plus important employeur de médecins aux États-Unis, en faisant travailler un sur dix, ce qui lui procure un important levier vis-à-vis des hôpitaux. Il contrôle également un réseau de PBM chargés de négocier avec les laboratoires pharmaceutiques (Optum Rx), qui est le premier réseau de PBM aux États-Unis par sa taille.

1. Voir « United States Securities and Exchange Commission (SEC) », Form 10-K UnitedHealth, Q4 2023, https://bit.ly/3PVetg0.

aujourd'hui détenus par des fonds d'investissement comme Vanguard et BlackRock[12], mais en particulier par des fonds d'investissement privés (*private equity*), dont l'objectif est l'extraction de profits financiers dans un laps de temps le plus court possible. De sorte que la présidente démissionnaire de la Federal Trade Commission (FTC), Lina Khan, a récemment déclaré au *Financial Times* que « les fonds d'investissement privés constituaient une véritable menace pour le système de santé (…) et pourraient avoir

12. BlackRock et Vanguard sont présents au capital des quatre premières compagnies d'assurance à but lucratif.

des conséquences catastrophiques pour les Américains[13]. »

Les fonds d'investissement privés contrôlent de plus en plus d'hôpitaux, d'établissements pour personnes âgées (*nursing homes*) et de cabinets médicaux[14], qu'ils contribuent largement à restructurer, en revendant séparément leur activité, n'hésitant pas à mettre en faillite l'activité de soins pour mieux revendre les bâtiments d'un hôpital par exemple. Ces fonds sont souvent à l'origine des « *surprise medical bills* », ces factures inattendues et non couvertes par l'assurance suite à des frais d'hospitalisation, médicaux ou d'ambulanciers d'un assuré résultant de services fournis par des fournisseurs de soins hors du réseau de sa compagnie d'assurance, ce qu'il ignorait totalement. Une recherche a révélé qu'environ 70 % des litiges de facturation soumis à l'arbitrage en 2023 provenaient de quatre organisations financées par des fonds d'investissement privés. Dotés d'un tel actionnariat, les acteurs du secteur de la santé (hôpitaux, compagnies d'assurances, laboratoires pharmaceutiques, etc.) adoptent de plus en plus des stratégies visant à satisfaire ce type d'actionnaires et non les patients qu'ils sont censés soigner, assurer, etc.

L'une de ces stratégies de financiarisation, qui s'est accélérée ces deux dernières décennies, consiste à redistribuer aux actionnaires une partie du profit de l'entreprise soit par le paiement de dividendes, soit et surtout par le rachat de ses propres actions, pour faire monter le prix des actions restées sur le marché au détriment d'un objectif d'amélioration des soins, de baisse des primes d'assurance ou d'innovations en réponse aux besoins des patients et des assurés. Les plus grandes compagnies d'assurance de même que les plus gros laboratoires pharmaceutiques américains ont largement procédé à ce genre d'opérations durant la dernière décennie. Les quatre premières compagnies d'assurance (UnitedHealth Group, Cigna, Elevance Health, et CVS Health, qui a acquis Aetna en 2018) ont racheté leurs propres actions à hauteur de 120 milliards de dollars (115 milliards d'euros) depuis l'adoption de l'ACA en 2010, dont 54 milliards de dollars pour UnitedHealth Group. Les dirigeants qui autorisent ce genre d'opérations en sont les principaux bénéficiaires avec les actionnaires, empochant des sommes considérables au détriment des assurés dont les prix des primes d'assurance ne cessent d'augmenter[15]. De la même façon, les laboratoires pharmaceutiques de l'indice boursier S&P 500 ont consacré entre 2012 et 2022 87 milliards de dollars (83,5 milliards d'euros) de dépenses de plus en rachat d'actions et distribution de dividendes qu'en R&D (Lazonick, Tulum, 2023).

Medicare Advantage et les pratiques lucratives des compagnies d'assurance, mises en accusation

Aujourd'hui, le programme traditionnel Medicare ne couvre plus qu'une minorité des personnes âgées de plus de 65 ans pour lesquelles le gouvernement rembourse

13. S. Palma, « Lina Khan warns of "catastrophic consequences" if Trump gives free hand to private equity », January 26, 2025, https://bit.ly/42vqTTh.

14. Ils seraient à l'origine de plus de 8 000 transactions dans le seul secteur de la santé, dont la valeur approche 1 000 milliards de dollars, soit 959 milliards d'euros (Bruch *et al*., 2024).

15. Elles auraient augmenté en moyenne de 79 % de 2010 à 2023 pour une couverture familiale et de 67 % pour une couverture individuelle selon les rapports établis chaque année par KFF (Employer Health Benefits Surveys).

directement les soins, à l'instar de la Sécurité sociale française. La majorité des seniors est en effet couverte par Medicare Advantage (MA), un programme entièrement privatisé et géré par les compagnies d'assurance. En 2024, ce programme compte 32,8 millions d'assurés, soit 54 % de toutes les personnes éligibles à Medicare selon Freed *et alii* (2024). Il représente 54 % des dépenses fédérales de santé. C'est le programme le plus rentable pour les compagnies d'assurance, celui dont les marges brutes par assuré sont près de deux fois plus élevées que sur les marchés réglementés de l'assurance de groupe ou individuelle. Ces marges s'élèvent en moyenne à 1 982 dollars dans le cas de MA, contre 1 048 dollars dans celui d'une assurance de groupe, 910 dollars dans celui d'une assurance individuelle et 753 dollars dans celui de Medicaid (Ortaliza *et al.*, 2024). Aussi n'est-il pas étonnant que quelques compagnies d'assurance se disputent ce marché, de plus en plus concentré : en 2008, les trois plus gros assureurs intervenant sur ce marché (UnitedHealthcare, Humana et CVS) représentaient à peine un tiers des assurés de MA (32 %) contre 58 % en 2023[16].

La croissance de ce programme tient au fait qu'il offre toutes les couvertures de Medicare plus des couvertures complémentaires et supplémentaires souvent gratuites (soins dentaires, optiques, auditifs, etc.) et le plafonnement des restes à charge, instauré par l'ACA quel que soit le type de couverture santé (apRoberts, 2022). Mais en contrepartie, MA ne propose à ses assurés que des réseaux de soins limités et applique des outils de contrôle des coûts tels que les autorisations préalables, contrairement à Medicare où un nombre limité de services de soins y sont soumis, qui permettent autant que faire se peut de différer, voire de dénier les remboursements de certains soins. C'est précisément ce genre de pratiques qui a été explicitement visé par le meurtrier du P-DG de UnitedHealthcare[17]. Les autorisations préalables concernent certains types de soins tels que les séjours hospitaliers ou en soins post-opératoires, les traitements chimiothérapiques, l'accès aux maisons de retraite et presque tous les assurés de MA y sont soumis. Les patients doivent attendre des jours, des semaines, voire parfois des mois pour réaliser des examens qui leur seront remboursés car les médecins concernés doivent obtenir de leur côté le feu vert de la compagnie d'assurance. Pour ces derniers, c'est beaucoup de temps passé à remplir ces demandes[18]. Cette pratique, qui était rare jusque dans les années 1980, s'est généralisée et développée massivement ces dernières années, imposant des délais aux assurés avant d'accéder aux soins. En 2023, il a été estimé que 99 % des assurés à MA ont une couverture santé qui exige une autorisation préalable pour certains soins. Plus de 46 millions de telles demandes auraient été soumises aux compagnies d'assurance dans le cadre de MA en 2022. Ces procédures peuvent entraîner des refus de remboursement des soins de la part des compagnies d'assurance, ce qui oblige le patient soit à payer l'examen ou le traitement de sa

16. UnitedHealthcare (29 %), Humana (18 %) et CVS (12 %) selon Freed *et alii* (2024).

17. Sur les douilles trouvées sur les lieux du crime avaient en effet été gravés par le meurtrier des mots comme *Deny* (dénier le bien fondé des remboursements), *Delay* (différer les remboursements en créant des obstacles) et *Defend* (s'engager dans de longues batailles judiciaires avec les assurés), qui renvoient aux pratiques utilisées par les compagnies d'assurance pour repousser, voire éviter les remboursements de soins.

18. Il est estimé que les médecins ne remplissent pas moins de 45 demandes par semaine en moyenne.

poche, soit à y renoncer. Selon Fuglesten Biniek *et alii* (2024), 7,4 % de ces demandes ont été refusées en 2022 mais cette part est en croissance depuis 2019 (5,7 %). Elle varie selon les compagnies d'assurance, entre un maximum de 13 % (CVS) et un minimum de 4,2 % (Anthem), UnitedHealthcare se situant au-dessus de la moyenne avec un taux de refus de 8,7 %. Or seuls 10 % de ces refus sont contestés par les assurés devant les tribunaux alors que dans la grande majorité des cas, ces derniers obtiennent gain de cause (83,2 %).

Les pratiques abusives des compagnies d'assurance ne s'arrêtent pas là. Des enquêtes officielles ont révélé que UnitedHealthcare a recours à des algorithmes pour identifier puis refuser de rembourser les fournisseurs de soins et les patients qui, selon les critères retenus, prescrivent et reçoivent trop de soins. Des médias ont également révélé que cette même compagnie d'assurance utilise l'intelligence artificielle *via* une de ses filiales (naviHealth) pour limiter la durée des séjours hospitaliers des patients assurés dans le cadre de MA, voire dans certains cas décider du bien-fondé ou pas de leur admission. Enfin, une enquête exclusive menée par le *Wall Street Journal* tout au long de l'année 2024 montre, sur la base de milliards de données de Medicare obtenus auprès du gouvernement fédéral auxquels les journalistes ont eu accès, que les assureurs privés ont perçu dans le cadre de MA des paiements supplémentaires après avoir diagnostiqué des patients atteints de maladies qu'aucun médecin n'a jamais traitées, sélectionné des patients qui utilisent peu de services médicaux et, parfois, entravé l'accès aux soins des patients les plus malades[19].

À la suite de ces révélations, une commission sénatoriale est chargée d'enquêter sur le comportement frauduleux de UnitedHealthcare et d'autres grandes compagnies d'assurance et met au jour le fait que ces entreprises refusent fréquemment les soins infirmiers aux patients victimes de chutes ou d'accidents cérébraux ou encore aux personnes âgées atteintes de maladies graves pour accroître leurs profits. L'entreprise fait également l'objet de poursuites judiciaires dans plusieurs États mais le pouvoir des juges se limite toujours aux États en question. Enfin, une plainte collective (*class action*) contre l'entreprise est en cours au sujet du recours à cet algorithme mais dans l'hypothèse où elle serait déclarée coupable, la législation fédérale limite l'amende à 1,5 million de dollars maximum, une somme négligeable pour un groupe comme UnitedHealthcare.

Conclusion

Le meurtre du P-DG de UnitedHealthcare a suscité une vague de colère et de frustration à l'égard des principales compagnies d'assurance santé aux États-Unis, et si près des deux tiers des Américains considèrent qu'il est de la responsabilité du gouvernement de garantir une couverture santé pour tous, seule une minorité de sondés (46 %) se prononce néanmoins en faveur d'un système public d'assurance santé géré par l'État[20].

Alors que le débat sur l'instauration d'une assurance nationale à caisse unique

19. C. Weaver, « How health insurers racked up billions in extra payments from Medicare Advantage », *The Wall Street Journal,* January 2, 2025.

20. D'après un sondage Gallup effectué entre le 6 et le 20 novembre 2024, donc avant cet événement tragique : voir J. Jones, « More in US see health coverage as government responsibility », *Gallup*, December 9, 2024, https://bit.ly/40VXCjK.

(*single payer*) avait été revivifié au cours des années 2000-2010 à travers plusieurs propositions de loi au niveau fédéral et des États (Gay, Sauviat, 2019), cette alternative semble s'être éloignée aujourd'hui de l'horizon des possibles. Il est clair que la victoire de Donald Trump à la présidence de la République et l'acquisition du contrôle des deux chambres du Congrès par le Parti républicain en 2024 rendent cette hypothèse caduque pour un temps. Reste à savoir comment le Congrès va réussir à gérer ces frustrations du public, l'accès à la santé étant considéré par les Américains au deuxième rang des problèmes après l'inflation, mais avant l'immigration et la violence armée[21], et quelle impulsion sera donnée par Donald Trump au cours de son second mandat après ses échecs répétés d'éradiquer l'Obamacare lors de son premier mandat.

21. D'après une enquête du Pew Research Center.

Sources :

- apRoberts L. (2022), « Medicare Advantage aux États-Unis : la solidarité altérée », *in* Batifoulier P., Del Sol M. (dir.), *Plus d'assurance santé pour moins de protection ? Le patient face au marché*, Rennes, IODE, p. 275-285, https://bit.ly/3WCD0uf.
- Bruch J. D., Roy V., Grogan C. M. (2024), « The financialization of health in the United States », *New England Journal of Medicine*, vol. 390, n° 2, p. 178-182, https://doi.org/10.1056/NEJMms2308188.
- Carter J., Banthin J., Simpson M., Buettgens M. (2024), *Four Million People Will Lose Health Insurance If Premium Tax Credit Enhancements Expire in 2025*, Urban Institute, November, https://bit.ly/4heh9Bw.
- Ford Chapin C. (2015), *Ensuring America's Health: The Public Creation of the Corporate Health Care System*, New York, Cambridge University Press, https://doi.org/10.1017/CBO9781107045347.
- Freed M., Biniek J. F., Damico A., Neuman T. (2024), « Medicare Advantage in 2024: Enrollment update and key trends », Kaiser Family Foundation, August 8, https://bit.ly/3CFTBpY.
- Fuglesten Biniek J., Sroczynski N., Freed M., Neuman T. (2024), « Use of prior authorization in Medicare Advantage exceeded 46 million requests in 2022 », Kaiser Family Foundation, August 8, https://bit.ly/3PY55s9.
- Gay R., Sauviat C. (2019), « Le système de santé étasunien, toujours au centre du débat public neuf ans après l'Affordable Care Act », *Revue de droit sanitaire et social,* n° 5, p. 829-840.
- Gruber J. (2017), « Delivering public health insurance through private plan choice in the United States », *Journal of Economic Perspectives*, vol. 31, n° 4, https://doi.org/10.1257/jep.31.4.3.
- Guardado J. R., Kane C. K. (2024), *Competition in Health Insurance. A Comprehensive Study of US Markets*, American Medical Association, https://bit.ly/40R6CX9.
- Klein J. (2003), *For All These Rights: Business, Labor, and the Shaping of America's Public-Private Welfare State*, Princeton, Princeton University Press.
- Lazonick W., Tulum Ö. (2023), « Sick with "shareholder value": US pharma's financialized business model during the pandemic », *Competition & Change,* vol. 28, n° 2, p. 251-273, https://doi.org/10.1177/10245294231210975.
- Murphy N. (2024), *Trends and Consequences in Health Insurer Consolidation*, Report, Center for American Progress, December 4, https://bit.ly/4hkA9hJ.

- Ortaliza J., Fuglesten Biniek J., Hinton E., Neuman T., Rudowitz R., Cox C. (2024), « Health insurer financial performance in 2023 », Kaiser Family Foundation, July 2, https://bit.ly/4gljzwK.
- Rakshit S., Rae M., Claxton G., Amin K., Cox C. (2024), « The burden of medical debt in the United States », Kaiser Family Foundation, February 12, https://bit.ly/4ayMQ69.
- US Federal Trade Commission (2024), *Pharmacy Benefit Managers: The Powerful Middlemen Inflating Drug Costs and Squeezing Main Street Pharmacies*, Interim Staff Report, July, https://bit.ly/3PZyAJS.
- US Federal Trade Commission (2025), *Specialty Generic Drugs: A Growing Profit Center for Vertically Integrated Pharmacy Benefit Managers*, Second Interim Staff Report, January, https://bit.ly/4hdHC28.