

Le système de santé américain

Sandrine Chambaretaud

Chargée d'études, direction de la Recherche, des Études, de l'Évolution et des Statistiques (Drees)

Diane Lequet-Slama

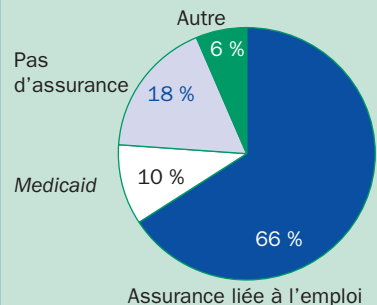
Chargée de mission sur les dossiers internationaux, direction de la Recherche, des Études, de l'Évolution et des Statistiques (Drees)

Les États-Unis ont le système de santé le plus coûteux des pays de l'OCDE. Pourtant les indicateurs de santé (espérance de vie, décès prématurés...) ne traduisent pas un meilleur état de santé des Américains.

Le trait le plus frappant lorsque l'on s'intéresse au système de santé des États-Unis, c'est l'absence de tout système national obligatoire d'assurance maladie qui conduit près de 43 millions d'Américains, soit 15 % environ de la population, à ne disposer d'aucune protection contre la maladie. Les deux tiers des Américains de moins de 65 ans sont assurés par le biais de leur employeur. Le financement public, bien qu'important puisqu'il couvre près de 45 % des dépenses de santé, est ciblé sur certaines populations. Il se concentre essentiellement sur deux programmes : le programme fédéral *Medicare* pour les plus de 65 ans et les personnes gravement handicapées, soit 15 % de la population ; le programme *Medicaid* qui s'adresse à certaines familles pauvres avec enfants et touche 11 % de la population (figure 1).

figure 1

Couverture maladie des moins de 65 ans en 1999



Source : Uninsured in America – a Chart book, march 2000, The Kaiser Commission – Urban Institute estimates based on Current Population Survey.

Enfin, autre caractéristique souvent mise en avant, les États-Unis ont le système de santé le plus onéreux au monde puisqu'ils y consacrent près de 14 % de leur PIB. Cet investissement massif dans ce secteur ne se traduit pourtant pas par des résultats particulièrement bons en termes d'indicateurs de santé.

Près de 43 millions d'Américains n'ont aucune assurance maladie

En 1999, 42,6 millions d'Américains, soit 17,5 % des personnes de moins de 65 ans, ne disposaient d'aucune assurance maladie, parmi lesquels 10 millions d'enfants. En un peu plus de vingt ans, le nombre de personnes sans assurance a fortement augmenté puisqu'il n'était que de 32 millions en 1987.

Les différences sont très importantes entre États puisque ces derniers disposent d'une certaine autonomie dans la mise en place de programmes d'assurance maladie spécifiques. Le Texas est à la dernière place avec quasiment une personne sur quatre non assurée, alors que le Minnesota a la proportion la plus faible de non-assurés (8,8 %).

L'absence de couverture maladie est largement corrélée au niveau de revenu. Les personnes ayant renoncé à souscrire une assurance maladie sont essentiellement des employés de petites entreprises ou des personnes se situant en bas de l'échelle des salaires. Si 9 % des personnes dont le revenu est supérieur à trois fois le seuil de pauvreté n'ont aucune assurance maladie, c'est le cas pour 36 % des personnes dont

le revenu est inférieur au seuil de pauvreté (tableau 1).

tableau 1

Part des non-assurés en fonction du revenu en 1998

Revenu inférieur au seuil de pauvreté	36 %
Revenu compris entre 1 et 2 fois le seuil de pauvreté	31 %
Revenu compris entre 2 et 3 fois le seuil de pauvreté	19 %
Revenu supérieur à 3 fois le seuil de pauvreté	9 %

Lecture : 36 % des personnes dont le revenu est inférieur à 100 % du seuil de pauvreté n'ont pas d'assurance maladie.

Source : The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, mars 2000.

Un autre facteur important est la baisse du nombre de personnes bénéficiant des dispositifs d'aide sociale, notamment du TANF (allocation pour les parents isolés). Le succès relatif de la réforme de l'aide sociale a permis, en effet, à un certain nombre de personnes de franchir le seuil de pauvreté grâce à la reprise d'un emploi, sans pour autant leur donner les moyens de financer une assurance maladie.

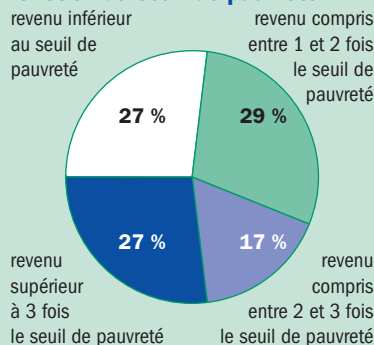
L'absence de couverture maladie pose des problèmes particuliers en ce qui concerne les enfants. Parmi les 10 millions d'enfants non assurés, les deux tiers vivent dans des familles dont le revenu est inférieur à deux fois le seuil de pauvreté. L'instauration du *State Children Health Insurance Program (SCHIP)* en 1997 a tenté de remédier à cette situation, notamment grâce à une allocation budgétaire fédérale que les États peuvent utiliser afin d'améliorer la couverture maladie des enfants. Ces fonds n'ont cependant pas été utilisés par l'ensemble des États, certains États craignant que ce programme n'entraîne des dépenses supplémentaires sur le long terme. Il semble également qu'une partie des personnes concernées par le programme n'ait pas fait les démarches nécessaires pour en bénéficier.

Il existe par ailleurs un certain nombre de personnes qui pourraient prétendre aux programmes publics d'aide mais qui, dans les faits, n'en bénéficient pas. Ce phénomène touche notamment les enfants, une part importante des enfants non assurés remplissant les critères d'éligibilité à *Medicaid*. Le manque d'informations perti-

nentes sur les règles d'attribution, la barrière linguistique pour les non-anglophones et des modalités d'ouverture des droits complexes sont des motifs fréquemment avancés pour expliquer le décalage entre population éligible à *Medicaid* et bénéficiaires. Il faut souligner, par ailleurs, la forte stigmatisation qui s'attache aux prestations sociales aux États-Unis. Il semble, enfin, que les personnes en bonne santé ne jugent pas toujours nécessaire d'avoir une assurance maladie, ce phénomène étant encore renforcé par la rétroactivité des prestations de *Medicaid*. Parmi la population non assurée, un peu plus d'un quart (27 %) est en dessous du seuil de pauvreté, 29 % a des revenus inférieurs à deux fois le seuil de pauvreté et 44 % dispose de revenus égaux ou supérieurs à deux fois ce seuil (figure 2).

figure 2

Distribution des non-assurés en fonction du seuil de pauvreté



Lecture : 27 % des personnes non assurées ont un revenu inférieur au seuil de pauvreté.

Source : The Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, mars 2000.

Un rapport de la Kaiser Commission souligne que l'absence de couverture maladie a un impact non seulement sur l'accès aux soins, mais aussi sur l'état de santé. Ainsi, un adulte non assuré sur cinq renoncerait à se faire soigner alors même qu'il pense présenter des symptômes sérieux et près d'un adulte sur trois n'achèterait pas les médicaments qui lui ont été prescrits ou n'effectuerait pas les examens nécessaires en raison de contraintes financières. Les personnes non assurées sont ainsi 1,5 fois plus souvent hospitalisées que les autres pour des « motifs d'hospitalisation évitables » comme la pneumonie ou un diabète non contrôlé. De même, le taux de

dépistage des cancers à un stade avancé est beaucoup plus fort chez les non-assurés, notamment en ce qui concerne le cancer du sein.

L'assurance maladie privée est prédominante

En 1999, plus de 65 % des Américains de moins de 65 ans étaient couverts par le biais d'une assurance maladie privée liée à l'emploi. Les entreprises, quelle que soit leur taille, ne sont pas obligées d'offrir une assurance maladie à leurs employés ; toutefois, dans un contexte très favorable à l'emploi depuis 1993, elles ont eu tendance à étendre cette possibilité afin d'accroître leur attractivité sur le marché du travail.

Selon un rapport récent réalisé par la Kaiser Commission et le Census Bureau, les deux tiers des petites et moyennes entreprises (c'est-à-dire de 3 à 199 salariés) offraient une assurance maladie en 2000 alors qu'elles n'étaient que 54 % dans ce cas en 1998. Quant aux grandes entreprises, la quasi-totalité propose une couverture maladie. Les inégalités restent toutefois assez fortes et les salariés des secteurs d'activité à faible revenu ont moins souvent accès à une couverture maladie financée en partie par leur employeur. De même, selon le Census Bureau, seuls 79 % des employés sont éligibles au programme d'assurance maladie de leur entreprise, les conditions d'éligibilité concernant le temps de travail minimal ou l'ancienneté.

En 2000, la prime d'assurance mensuelle moyenne pour une personne seule s'élevait à 202 dollars, dont 86 % était pris en charge par l'employeur. Le montant de cette prime est déterminé en partie par la forme du contrat d'assurance, les assurances traditionnelles coûtant en moyenne 238 dollars alors que les assurances de type HMO (c'est-à-dire impliquant des contraintes plus fortes pour les patients) coûtent 180 dollars.

Des programmes publics d'assurance pour les personnes âgées et dépendantes ainsi que les familles pauvres avec enfants

La prise en charge publique de l'assurance maladie concerne essentiellement deux catégories de personnes : celles de plus de 65 ans qui sont couvertes par le programme fédéral *Medicare* et les familles pauvres éligibles à *Medicaid*.

Medicare est un programme fédéral

destiné aux personnes âgées et en incapacité permanente.

Près de 40 millions d'Américains bénéficient de *Medicare*, soit environ 14 % de la population ; il s'agit de personnes de plus de 65 ans (34 millions), de personnes en incapacité permanente (5 millions) et de personnes souffrant d'insuffisance rénale au dernier stade (284 000).

Medicare ne couvre obligatoirement que l'hospitalisation pour soins aigus. Les adhérents peuvent toutefois souscrire une assurance médicale complémentaire pour les soins ambulatoires, 95 % des personnes éligibles le faisant. Les dépenses pharmaceutiques extrahospitalières ne sont pas prises en charge, ce qui a donné lieu à d'importantes critiques de la part de la population. Plusieurs dizaines de projets de loi, dont un projet d'origine républicaine et plusieurs propositions démocrates, ont envisagé le remboursement des médicaments dans le cadre de *Medicare* mais l'industrie pharmaceutique est hostile à cette réforme car elle craint un contrôle des prix des médicaments. 65 % des bénéficiaires ont toutefois souscrit des polices d'assurance pour couvrir plus ou moins partiellement leurs dépenses de médicaments.

Le programme est financé par des cotisations sociales pour la partie hospitalisation et par des ressources fiscales et contributions volontaires pour les soins médicaux. Il a coûté, en 1999, 220 milliards de dollars sur un total de 1 228,5 milliards pour l'ensemble des dépenses nationales de santé.

L'équilibre financier du programme *Medicare* est menacé à long terme par les effets cumulés de l'accroissement des coûts des services de santé et de l'augmentation des bénéficiaires. Dans les dix prochaines années, les dépenses devraient augmenter de 72 % pour la partie hôpital et de 97 % pour les autres dépenses médicales. Selon les prévisions, à cadre inchangé, le fonds couvrant les dépenses hospitalières devrait être insolvable en 2023.

Un peu plus d'une personne sur dix bénéficie du programme *Medicaid* pour les familles pauvres.

En 1999, *Medicaid* couvrait 33 millions de personnes, soit 11 % de la population. Toutes les personnes disposant de revenus inférieurs au seuil de pauvreté ne bénéficient pas de cette assurance. Seules les familles avec enfants sont éligibles, dans

des conditions déterminées *a minima* par l'autorité fédérale, les États gardant une certaine latitude pour élargir les conditions d'accès (dans des limites toutefois définies au niveau fédéral). Sont obligatoirement pris en charge :

- les familles monoparentales éligibles au programme d'assistance temporaire pour les familles dans le besoin (*temporary assistance for needy families*, ou *TANF*) ;
- les enfants de moins de 1 an dont la mère était éligible à *Medicaid* lors de sa grossesse ;
- les enfants de moins de 6 ans et les femmes enceintes dont le revenu familial est inférieur à 133 % du seuil de pauvreté ;
- les enfants de moins de 19 ans vivant dans une famille dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté ;
- les bénéficiaires du *Supplemental Security Income*, *SSI*, revenu minimum destiné aux personnes âgées de plus de 65 ans dans le besoin pour les prestations non couvertes par *Medicare*, aux malvoyants et aux personnes dans l'incapacité de travailler.

Une part importante de la population américaine pauvre n'a donc pas accès à une assurance maladie. Les familles sans enfant, les personnes seules, les jeunes de plus de 19 ans ne sont pas éligibles à ce programme, quels que soient leurs revenus. Ainsi, par exemple, dans le Colorado moins de 40 % de la population des adultes de moins de 65 ans dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté bénéficie de

Medicaid. Certains États ont cependant mis en place leur propre schéma d'assurance maladie. C'est le cas, par exemple, de l'État de New-York qui a instauré des programmes de prise en charge pour certaines catégories qui n'ont pas droit à *Medicaid* comme les personnes pauvres sans enfants.

Medicaid donne accès à une gamme étendue de biens et services médicaux : hospitalisation, consultations médicales, analyses de laboratoire et examens de radiologie, long séjour et, pour les moins de 21 ans, les services de médecine préventive. La couverture des médicaments et des soins dentaires est laissée à l'appréciation des États.

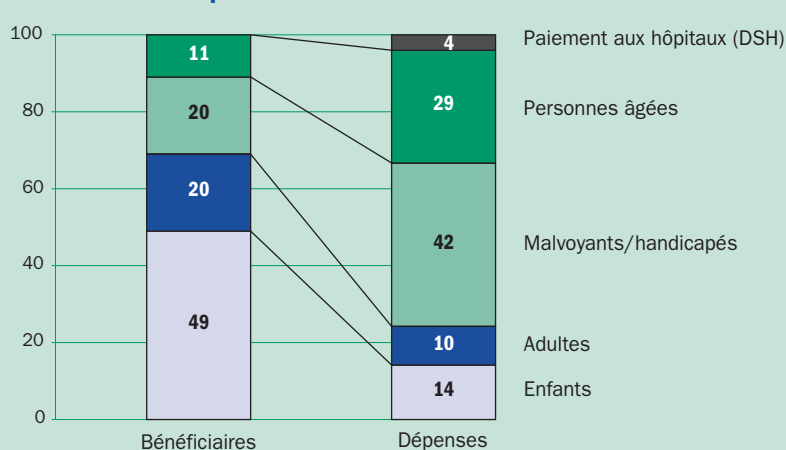
En 1999, *Medicaid* a coûté 190 milliards de dollars, soit 12 % des dépenses totales de santé, ce coût étant pris en charge à hauteur de 56 % en moyenne par l'État fédéral, le reste étant directement financé par les États. La participation fédérale varie, en effet, selon la richesse de l'État, de 50 % pour New-York ou le Nevada à plus de 70 % pour l'Arkansas et le Mississippi. Assez paradoxalement, la plus grande partie des dépenses de *Medicaid* n'est pas liée à la couverture maladie des familles (qui représentent pourtant 70 % des bénéficiaires), mais à la prise en charge des incapacités et des personnes âgées (figure 3).

Les dépenses de santé aux États-Unis

Avec 13,7 % du PIB consacré à la santé en 1999, les États-Unis sont le premier pays au regard de cette dépense. Ces dépenses

figure 3

Bénéficiaires et dépenses de Medicaid en 1998



Source : Health Care Financing Administration. 1999, Statistics 80145 / 23697.

sont prises en charge à 45 % par le secteur public et pour 33 % par les assurances privées. Le débours net des ménages s'élevait ainsi à 22 % de la dépense de santé aux États-Unis.

Durant les vingt dernières années, ces dépenses ont connu une forte progression, avec un taux de croissance moyen supérieur à 10 % entre 1981 et 1992, qui a diminué jusqu'à 5 % entre 1993 et 1999 (figure 4). Cette baisse du taux de croissance des dépenses de santé a souvent été attribuée au développement des réseaux de soins coordonnés (les *Managed Care Organizations*) dans les années quatre-vingt-dix.

Cependant, malgré l'importance des sommes consacrées à la santé, seulement 40 % des Américains déclarent être globalement satisfaits de leur système en 2000 selon la Harvard School of Public Health. En comparaison, des données de 1998 montrent que c'est le cas pour 65 % des Français et pour 57 % des Britanniques.

Les États-Unis, s'ils arrivent au premier rang des pays de l'OCDE en termes de dépenses de santé par tête, n'ont apparemment pas de résultats sanitaires supérieurs à ceux des autres pays.

Le tableau 2 présente une synthèse de la position relative des États-Unis au regard des grands indicateurs de santé.

Le tableau 2 met en évidence des résultats moyens en ce qui concerne l'espérance de vie à 60 ans et légèrement inférieurs à la moyenne pour l'espérance de vie à la naissance. Ces meilleurs résultats à 60 ans traduisent notamment le mauvais

tableau 2

Performance des États-Unis relative aux pays de l'OCDE, 1998

Espérance de vie à la naissance, femmes	35
Espérance de vie à la naissance, hommes	39
Espérance de vie à 60 ans, femmes	45
Espérance de vie à 60 ans, hommes	55
Taux de mortalité infantile	19
Années potentielles de vie perdues	31
Consommation d'alcool moyenne par tête	63
Médecins en exercice pour 1 000 hab.	53
Lits d'hôpital pour 1 000 habitants	29
Nombre de journées d'hospitalisation par habitant	16
Durée moyenne de séjour	32
Dépense de santé par tête	100
Dépense de santé en pourcentage du PIB	100

Lecture : Pour chaque critère, la note 100 est attribuée au pays le mieux classé (par exemple, le pays où le taux de mortalité infantile est le plus faible). La note 50 correspond à la moyenne des pays de l'OCDE.

Source : Ce tableau est issu de G. Anderson & P. Sotir. « Comparing Health System Performance in OECD Countries », *Health Affairs*, may-june 2001, p.219-232.

classement des États-Unis sur le critère des années potentielles de vie perdues (qui sont un indicateur de l'importance des décès prématurés, *i. e.* avant 65 ans). En se penchant plus précisément sur cet indicateur, on voit que trois facteurs sont à l'origine de l'importance des décès prématurés : les maladies de l'appareil circulatoire, les causes extérieures (accidents de la circulation, homicides, intoxications)

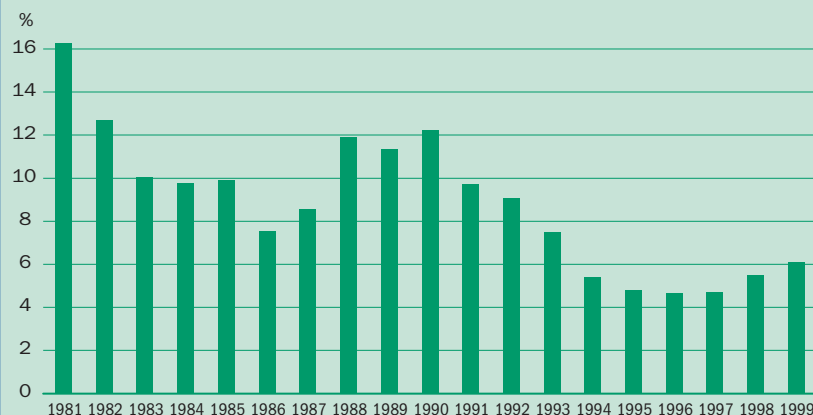
et les maladies endocriniennes et métaboliques (diabète sucré...).

Par ailleurs, le taux de mortalité infantile est particulièrement fort, alors que le nombre de journées d'hospitalisation est parmi les plus faibles au sein des pays de l'OCDE.

Ces quelques indicateurs ne permettent bien évidemment pas de mesurer réellement la performance du système de santé américain. Ils semblent simplement suggérer qu'il n'existe pas de lien évident entre la dépense de santé et certains résultats en termes de mortalité ou d'utilisation des ressources de santé. ■

figure 4

Taux de croissance des dépenses de santé, en pourcentage



Source : OCDE.