



LES GRANDS ENJEUX DE LA REFORME DU SYSTEME DE SANTE AMERICAIN

JULIEN TOURREILLE*Chercheur à l'Observatoire sur les États-Unis de la
Chaire Raoul-Dandurand (tourreille.julien@uqam.ca)*

Alors que les tentatives de réforme du système de santé américain semblent vouées à l'échec depuis que Théodore Roosevelt en fit le socle de sa candidature à la présidence en 1912, Barack Obama a affirmé, lors de son allocution devant le Congrès le 9 septembre 2009, vouloir être le dernier président à essayer de mener à bien une telle entreprise. Au-delà du souhait d'un président de laisser sa marque dans l'histoire politique, trois enjeux majeurs justifient les projets de réforme du système de santé aux États-Unis : 1) l'absence d'assurance-maladie pour des millions de personnes ; 2) les coûts du système ; 3) la qualité des services offerts par celui-ci.

1. L'absence d'assurance-maladie pour des millions d'Américains

En août 2008, le *U.S. Census Bureau* estimait qu'environ 45 millions de personnes n'avaient pas bénéficié d'une assurance-maladie au cours de l'année 2007. Cette estimation communément citée est cependant sujette à débat. En effet, diverses études arrivent à des conclusions nettement différentes. La fourchette des personnes n'ayant pas d'assurance-maladie varie ainsi de 26 à 86 millions, en fonction de la méthodologie utiliséeⁱ.

Couverture maladie, par type d'assurance et par âge, 2007

Âge	Type d'assurance							
	Population, en millions	Assurance fournie par l'employeur	Assurance privée individuelle	Medicare	Medicaid ou autre assurance publique	Militaire ou ancien combattant	Personnes n'ayant pas d'assurance, en %	Personnes n'ayant pas d'assurance, millions
Moins de 19 ans	78,7	60,7 %	5,3 %	0,7 %	27,6 %	2,8 %	11,3 %	8,9
Moins de 65 ans (incluant les moins de 19 ans)	262,3	64,4 %	6,5 %	2,7 %	13,8 %	3,2 %	17,1 %	45
Plus de 65 ans	36,8	35 %	25,9 %	93,2 %	8,9 %	7,1 %	1,9 %	0,7

Total	299,1	60,8 %	8,9 %	13,8 %	13,2 %	3,7 %	15,3 %	45,7
--------------	--------------	---------------	--------------	---------------	---------------	--------------	---------------	-------------

Source : Bob Lyke, *Health Care Reform : An Introduction*, Congressional Research Service, 29 juillet 2009, p. 14.

Assurance-maladie et accès aux soins de santé ne sont cependant pas synonymes. Ainsi, en cas d'urgence, une personne n'ayant pas d'assurance-maladie sera néanmoins soignée. Toutefois, ne pas bénéficier d'une couverture pose de réels problèmes. Une personne ne disposant pas d'assurance va souvent retarder, voire renoncer à une visite médicale en raison de son coût. Elle ne bénéficiera probablement pas de diagnostic précoce et utilisera plus les urgences. D'un autre côté, disposer d'une couverture maladie ne garantit pas un accès facile aux soins. Les Etats-Unis souffrent d'un déficit important de médecins généralistes et nombre d'Américains éprouvent des difficultés à obtenir un rendez-vous dans la journée et plus particulièrement les soirs et les fins de semaineⁱⁱ. Par ailleurs, même en bénéficiant d'une assurance-maladie, il arrive que celle-ci ne soit pas suffisante pour assumer les coûts d'une maladie sérieuse ou chronique. Enfin, la perte d'emploi et de l'assurance-maladie communément offerte par l'employeur pose de sérieux problèmes pour payer les soins de santé. Dans le contexte actuel de crise économique et de hausse du taux de chômage, ce problème devient particulièrement pressant et suscite même un débat grandissant sur la pertinence du système d'assurance-maladie fournie par l'employeur.

Quelques caractéristiques des personnes n'ayant pas d'assurance-maladie en 2007

<i>Âge</i>	16,2 % des personnes non assurées sont des jeunes âgés entre 19 et 24 ans.
<i>Groupe ethnique</i>	32,4 % des personnes non assurées sont des Hispaniques.
<i>Emploi</i>	Plus de 50 % des personnes non assurées sont des employés à temps complet, ou leurs épouses et enfants.
<i>Revenus</i>	57 % des personnes non assurées appartiennent à des foyers dont les revenus annuels sont inférieurs à 25 000 \$; 27 % à des foyers dont les revenus sont compris entre 25 000 et 49 999 \$; 9 % à des foyers dont les revenus sont compris entre 50 000 et 74 999 \$.
<i>Niveau de pauvreté</i>	75 % des personnes non assurées ont des revenus supérieurs au seuil de pauvreté.
<i>États</i>	Les États avec le taux le plus élevé de personnes non assurées sont le Texas (27,4 %), le Nouveau Mexique (25,6 %), la Floride (24,3 %), la Louisiane (23 %), l'Arizona (21,8 %) et la Californie (20,4 %). Ceux avec le taux le plus faible sont le Massachusetts (8,9 %), Hawaï (9,2 %), le Wisconsin (9,6 %) et le Minnesota (9,9%).

Source : Bob Lyke, *Health Care Reform : An Introduction*, Congressional Research Service, 29 juillet 2009, p. 15.

2. Les coûts exorbitants du système de santé

Les Etats-Unis dépensent plus que les autres pays développés pour les soins de santé. Ils y consacreront environ 17 % de leur PIB en 2009, contre 7,2 % en 1970 et 12,3 % en 1990ⁱⁱⁱ. Cinq facteurs expliquent en grande partie le niveau considérable de ces dépenses. Premièrement, si les Américains consultent moins les professionnels de santé que les populations des autres pays développés, il apparaît qu'ils ont recours à des procédures médicales plus « intenses » et complexes. Ils vont moins souvent chez le médecin, moins souvent à l'hôpital et y restent moins longtemps que dans les autres pays de l'OCDE. En revanche, ils ont davantage recours à des procédures complexes (telles les angioplasties ou les pontages coronariens) et à des technologies

de pointe coûteuses^{iv}. Deuxièmement, les prix des soins de santé connaissent une inflation galopante. De 1980 à 2007, ces prix ont augmenté en moyenne de 4,7 % par an, alors que sur la même période, les prix à la consommation n'ont cru que de 2,5 % par an^v. Troisièmement, le montant des primes d'assurance-maladie a considérablement augmenté. Entre 1999 et 2007, ces primes ont connu une hausse de 114 % en moyenne alors que les revenus des employés n'ont progressé que de 27 %^{vi}. Quatrièmement, les professionnels de la santé aux Etats-Unis sont nettement plus payés que le niveau du PIB américain le laisserait prévoir par rapport aux autres pays de l'OCDE. Un spécialiste gagne ainsi en moyenne 50 000 dollars de plus aux Etats-Unis que le niveau de PIB le laisserait prévoir^{vii}. Cinquièmement, les Américains consomment une plus grande quantité de médicaments sur ordonnance et payent nettement plus cher pour ceux-ci que dans les autres pays de l'OCDE^{viii}.

Dépenses de soins de santé dans les pays membres de l'OCDE, 2004

Pays	Dépenses par habitants, en dollars	Dépenses en % du PIB	Dépenses financées par le secteur public, en %
Etats-Unis	6 102	15,3	44,7
Luxembourg	5 089	8	90,4
Suisse	4 077	11,6	58,4
Norvège	3 966	9,7	83,5
Islande	3 331	10,2	83,4
Canada	3 165	9,9	69,8
France	3 159	10,5	78,4
Autriche	3 124	9,6	70,7
Australie	3 120	9,6	67,5
Belgique	3 044	10,1	71,1
Allemagne	3 043	10,6	76,9
Pays-Bas	3 041	9,2	62,3
Danemark	2 881	8,9	82,9
Suède	2 825	9,1	84,9
Irlande	2 596	7,1	79,5
Royaume-Uni	2 508	8,1	86,3
Italie	2 467	8,7	75,1
Japon	2 249	8	81,5
Finlande	2 235	7,5	76,6
Grèce	2 162	10	52,8
Espagne	2 094	8,1	70,9
Nouvelle-Zélande	2 083	8,4	77,4
Portugal	1 824	10,1	73,2
République Tchèque	1 361	7,3	89,2
Hongrie	1 276	8	71,9
Corée du Sud	1 144	5,6	51,4
Pologne	805	6,5	68,6
Slovaquie	777	5,9	88,3
Mexique	662	6,5	46,4
Turquie	580	7,7	72,1
Moyenne	2 560	8,9	72,9

Source : Chris L. Peterson and Rachel Burton, *U.S. Health Care Spending: Comparison with Other OECD Countries*, Congressional Research Service, 17 septembre 2007, p. 2.

Ces dépenses de santé, qui ne vont qu'augmenter avec le vieillissement de la population et la poursuite des progrès médicaux, posent un sérieux problème pour les dépenses publiques et contribuent au creusement des déficits publics. À titre d'exemple, les deux principaux programmes fédéraux d'assurance-maladie, *Medicare* et *Medicaid*, comptaient pour 20 % du budget de l'État fédéral en 2007^{ix}.

Répartition des dépenses de soins de santé aux États-Unis par sources de financement, 2007		
Source de financement	Montant des dépenses, en millions	Dépenses en pourcentage du total
SECTEUR PRIVE		
Paiements directs par les particuliers	268,6	12
Assurances privées	775	34,6
Autres sources privées	162	7,2
SECTEUR PUBLIC		
Programmes Fédéraux		
<i>Medicare</i> (programme d'assurance-santé pour les retraités)	431,2	19,2
<i>Medicaid</i> (programme d'assurance-santé pour les démunis)	186,1	8,3
Autres programmes	137	6,1
Programmes des États		
<i>Medicaid</i>	143,3	6,4
Autres programmes	138,1	6,2
TOTAL	2 241,2	100

Source : Bob Lyke, *Health Care Reform : An Introduction*, Congressional Research Service, 29 juillet 2009, p. 17.

3. La performance mitigée du système

Malgré les sommes considérables dépensées, la performance et la qualité du système de santé américain ne sont pas optimales. Si le taux de survie aux cancers du sein ou colorectal est plus élevé aux États-Unis que dans nombre de pays de l'OCDE, il n'en demeure pas moins que l'espérance de vie y est inférieure à la moyenne^x. De même, les États-Unis ne se situent qu'au 29^e rang mondial en termes de mortalité infantile^{xi} et le nombre de décès pour erreurs médicales y est anormalement élevé. Pas moins de 100 000 Américains meurent chaque année à cause d'infections et de complications contractées dans les hôpitaux^{xii}.

L'accès et la qualité des soins expliquent en partie seulement cette piètre performance du système de santé américain. Alors que la population américaine est plus jeune, que le taux de tabagisme et d'alcoolisme est inférieur aux États-Unis que dans les autres pays de l'OCDE, le style de vie, particulièrement l'alimentation, représente un facteur de risque médical non négligeable. Par exemple, les Américains consomment 156 livres de sucre par an, contre 99 livres en moyenne dans les pays de l'OCDE et 66 % d'Américains souffrent d'embonpoint ou d'obésité, soit le plus haut taux des pays de l'OCDE^{xiii}. Outre des soins plus efficaces et accessibles, la promotion de

saines habitudes de vie revêt donc une importance capitale pour améliorer la santé d'une population.

La performance mitigée du système de santé américain pose de sérieuses questions quant à son organisation, ses coûts et son accessibilité. Elle justifie sans aucun doute une réforme nécessaire. La nécessité de remédier à l'absence d'assurance-maladie, de lutter contre la dérive des coûts et l'explosion des dépenses, et d'améliorer la qualité et l'efficacité générales du système fait consensus aux Etats-Unis. Le débat en cours porte en fait sur des enjeux politiques, sur des conceptions de la place du privé et du public qui dépassent la seule réforme du système de santé. Les discussions sur la pertinence d'une assurance publique pour fournir une couverture maladie aux personnes qui n'en ont pas, le devenir des assurances-maladie fournies par les employeurs, le rôle des États dans le financement et la fourniture de soins de santé en sont l'illustration.

En s'engageant résolument dans la réforme du système de santé, le président Obama entreprend donc une tentative délicate de transformation profonde de la société et de la culture politique américaines. Alors qu'il en a fait un enjeu majeur qui déterminera certainement en bonne partie le bilan de sa présidence, ce dossier n'est pas le seul qui demandera un investissement important de sa part. La dégradation de la situation en Afghanistan et en Irak, la conférence sur les changements climatiques à Copenhague en décembre, la relance de l'économie et la lutte contre le chômage sont d'autres sujets majeurs dans lesquels Barack Obama devra s'investir au cours de l'automne.



Chaire Raoul-Dandurand
en études stratégiques et diplomatiques
Raoul Dandurand Chair
of Strategic and Diplomatic Studies

ⁱ Bob Lyke, *Health Care Reform : An Introduction*, Congressional Research Service, 29 juillet 2009, p. 2.

ⁱⁱ Chris L. Peterson and Rachel Burton, *U.S. Health Care Spending: Comparison with Other OECD Countries*, Congressional Research Service, 17 septembre 2007, p. 47.

ⁱⁱⁱ Bob Lyke, *Op. Cit.*, p. 4.

^{iv} Chris L. Peterson and Rachel Burton, *Op. Cit.*, pp. 13-15.

^v Bob Lyke, *Op. Cit.*, p. 4.

^{vi} *Idem.*

^{vii} Chris L. Peterson and Rachel Burton, *Op. Cit.*, p. 19.

^{viii} *Op. Cit.*, pp. 25-27.

^{ix} Bob Lyke, *Op. Cit.*, p. 5.

^x *Idem.*

^{xi} Marian F. MacDorman and T.J. Mathews, *Recent Trends in Infant Mortality in the United States*, National Center for Health Statistics, Centers for Disease Control and Prevention, October 2008, www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db09.htm

^{xii} David Goldhill, « How American Health Care Killed My Father », *The Atlantic*, septembre 2009, p. 38.

^{xiii} Chris L. Peterson and Rachel Burton, *Op. Cit.*, p. 59.