

La réforme de la santé aux États-Unis

Jacques Drucker

Conseiller santé, ambassade de France, Washington

C'était une des mesures phares de la campagne présidentielle américaine. La réforme de l'assurance de santé vient d'être adoptée. Quelles avancées représente-t-elle pour les Américains ?

Le président Obama a promulgué fin mars 2010, au terme de quatorze mois de débats passionnés, une nouvelle législation concernant une réforme de l'assurance santé aux États-Unis, « *Patients Protection and Affordable Care Act* ». Ce succès politique du président, qui avait fait de cette réforme le projet-phare de son mandat, est qualifié d'historique par la plupart des observateurs et des médias américains, et met fin à une série de tentatives et d'échecs des administrations, tant démocrates que républicaines, au cours des soixante-quinze dernières années [1].

Peu de réformes suscitent autant d'attentes, mais aussi de controverses, aux États-Unis que celle du système de santé. Pour la majorité des Américains, cette réforme est une nécessité sanitaire et économique urgente. L'état de santé de la population se situe en effet parmi les moins bons des pays industrialisés et révèle de grandes inégalités socio-économiques devenues inacceptables, tandis qu'avec 2 500 milliards de dollars de dépenses annuelles et près de 50 millions de personnes sans couverture santé, le système de santé américain constitue une menace pour l'équilibre des finances publiques, la compétitivité des entreprises et le budget des ménages. Pour autant, le principe d'une intervention plus forte de la puissance publique dans la régulation du marché de l'assurance santé proposé par le président n'emporte pas l'adhésion d'une grande partie de la population.

Le constat actuel

Une couverture santé éclatée, lacunaire et précaire

Aux États-Unis, la couverture du risque maladie est dominée par le secteur privé, qui couvre 68 % de la population et ne repose pas sur le principe d'une mutualisation des risques. La population âgée de plus de 65 ans (14 %) et la classe la plus pauvre (15 %) bénéficient d'une couverture publique stable, complète et abordable (programmes *Medicare* et *Medicaid*). La couverture santé de la majorité de la population est obtenue dans le cadre d'un emploi. Cette couverture est très hétérogène et varie selon le lieu de résidence, le niveau de revenus, l'insertion professionnelle, l'âge, la situation familiale et l'état de santé.

Une nombreuse population non assurée

Plus de 20 % des Américains âgés de 19 à 64 ans ne disposent d'aucune assurance santé (encadré 1). Ce taux varie selon les États (6 % au Massachusetts, 25 % au Texas). Cette population non assurée recourt en situation d'urgence à des filières de « sécurité ». En effet, les services d'urgence hospitaliers (dont 80 % sont de statut privé) ont l'obligation légale d'accueillir et de stabiliser tous les patients (assurés ou non) qui nécessitent des soins urgents. Ils ne peuvent refuser ni différer les soins urgents à un patient pour des raisons financières.

Néanmoins, les soins délivrés dans ces circonstances ne sont pas nécessairement gratuits. Au contraire, les frais facturés sont souvent d'un montant supérieur à ceux

facturés aux patients couverts soit par une assurance privée soit par un régime public.

Le recours aux soins peut ainsi plonger un ménage dans de sérieuses difficultés financières. L'endettement pour raison médicale constitue la première cause de faillite personnelle aux États-Unis.

Dans ce contexte, des organisations caritatives ont développé des structures, « free clinics », qui offrent aux personnes en situation précaire des soins gratuits ou à un prix abordable.

Une situation économique paradoxale

Les dépenses de santé aux États-Unis sont les plus élevées du monde. Elles ont atteint 2 500 milliards de dollars en 2009 (près de 18 % du PIB) (soit 8 000 dollars par habitant) : le double de la moyenne des dépenses de santé *per capita* des pays de l'OCDE [2].

Ces dépenses ont progressé en moyenne de 7 % par an au cours de la dernière décennie.

En revanche, le secteur de la santé est l'un des plus dynamiques et innovants de l'économie américaine. Il représente près de 7 % du PIB et emploie 15 millions de personnes (2^e gisement d'emplois du pays). Les capacités de recherche et d'innovations biomédicales sont les meilleures au monde. Les National Institutes of Health, principales sources de financement public de la recherche biomédicale, sont ainsi dotés d'un budget annuel d'environ 30 milliards de dollars.

Ce dynamisme, combiné à une hyperconsommation médicale et à une absence de contrôle des prix des services et des biens médicaux est le principal déterminant d'une inflation non maîtrisée des dépenses de santé.

L'état de santé de la population américaine

Il se situe parmi les moins bons des pays industrialisés. Les indicateurs de santé aux États-Unis sont pour la plupart décevants et révèlent de grandes disparités selon les États, les déterminants socio-économiques et l'appartenance raciale ou ethnique [3].

Les États-Unis se situent au 27^e rang mondial pour la mortalité infantile et au 30^e rang pour la mortalité évitable par le recours au système de soins. Le déficit d'accès aux soins serait directement responsable de 20 000 décès prématurés chaque année.

Qui sont les personnes non assurées aux États-Unis ?

- 80 % des Américains sans assurance santé appartiennent à un ménage dont au moins un des membres a un emploi ;
- 38 % disposent de revenus inférieurs au seuil de pauvreté ;
- Les jeunes de 19 à 29 ans constituent la classe d'âge qui compte le pourcentage de non assurés le plus élevé (30 %) ;
- 62 % des adultes sans assurance ont un niveau d'éducation inférieur ou égal au niveau lycée ;
- Les minorités sont davantage concernées : 13 % des Blancs n'ont pas d'assurance, contre 21 % des Noirs et un tiers des Hispaniques ; les étrangers ont trois fois plus de risques que les Américains d'être non assurés ;
- Près de la moitié des personnes sans assurance souffrent d'une affection chronique (diabète, cholestérol, arthrite, hypertension, asthme, problèmes cardiaques...) ; il leur est très difficile, pour cette raison, de trouver une assurance privée à un prix abordable.

Source : *The uninsured: a Primer-Key facts about Americans without Health Insurance*, the Kaiser Foundation, octobre 2009.

Les populations les plus démunies et la minorité afro-américaine, qui ont un accès plus difficile aux soins de première nécessité et à la prévention, présentent un excès de morbidité et de mortalité (tableau 1).

La Réforme Obama : « Obamacare »

Face à ce constat, le président Obama a ouvert, dès son investiture, un vaste chantier législatif visant à étendre et renforcer la couverture santé des Américains et à engager des réformes en matière de maîtrise des coûts et d'amélioration de l'efficacité des prestations de santé [4].

Ce projet a suscité un débat partisan entre une Amérique progressiste favorable à une intervention de l'État dans la régulation du marché de l'assurance santé et les conservateurs réticents à toute politique de mutualisation du risque maladie (et notamment à toute obligation individuelle de s'assurer), ainsi qu'au recours à l'impôt, pour financer l'extension de la couverture santé.

Au terme de ce débat, la loi adoptée par la seule majorité démocrate au Congrès doit permettre à 32 millions d'Américains d'accéder à une couverture santé dans les dix prochaines années, tandis qu'elle mettra l'ensemble des assurés à l'abri des pratiques abusives des compagnies d'assurance privées.

La législation prévoit les principales dispositions suivantes [5].

Obligation individuelle de s'assurer

Chaque individu devra, à partir de 2014, souscrire une assurance santé et les employeurs (entreprises de plus de 50 salariés) devront contribuer à la couverture de leurs salariés. Des pénalités financières seront appliquées à ceux qui ne seront pas assurés. Ces pénalités pourront aller jusqu'à 2,5 % des revenus du ménage et à 2 000 dollars par salarié pour les employeurs qui n'offriront pas de plan d'assurance collectif au sein de l'entreprise. Des mesures financières

tableau 1

Disparités de santé aux États-Unis

	Blancs	Noirs
Mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	5,7	13,6
Mortalité liée au diabète (pour 100 000 habitants)	23,0	49,2
Mortalité liée au sida (pour 100 000 habitants)	3,7	21,0
Obésité chez les adultes	28 %	49 %
Cancer sein : survie à 5 ans	88 %	73 %

BRÈVES INTERNATIONALES

d'accompagnement (subventions, crédits d'impôts) de cette obligation d'assurance sont prévues pour les personnes aux revenus modestes.

Extension des programmes publics d'assurance santé

Medicaid devient accessible à toute personne de moins de 65 ans dont les revenus sont inférieurs à 133 % du seuil fédéral de pauvreté (soit 14 400 dollars pour un individu et 29 300 dollars pour une famille de 4 personnes, en 2009). Ce critère, qui s'applique désormais de façon uniforme dans tous les États, doit permettre d'assurer 16 millions de nouvelles personnes au cours des dix prochaines années.

Le gouvernement fédéral financera dans les premières années la totalité du surcoût de ces nouveaux assurés, puis à hauteur de 90 % à l'échéance 2020.

Création dans chaque État de nouvelles « places de marché » (bourses) de l'assurance privée (American Health Benefit Exchanges)

Elles sont destinées aux travailleurs indépendants et aux salariés des PME qui n'ont pas accès à une assurance de groupe.

Les contrats offerts par les compagnies d'assurance dans le cadre de ces « exchanges » devront se plier à des contraintes et à un contrôle des États (panier de prestations servies, niveaux des primes, hauteur des franchises...). Des subventions seront versées aux familles les plus démunies pour les aider à payer les primes et la part des dépenses à la charge de l'assuré.

Renforcement de la réglementation du marché de l'assurance privée

La loi supprime toute discrimination d'accès à une assurance santé sur la base des antécédents médicaux (encadré 2). Elle interdit de résilier un contrat lorsque l'assuré tombe malade ou de fixer un plafond au montant des remboursements que l'assurance est susceptible de verser au cours de la vie de l'assuré. L'augmentation des primes est soumise à un contrôle ; les variations du montant des primes selon l'âge, l'État de résidence, la présence de facteurs de risque sont limitées. Tout contrat doit couvrir un panier de services de base (incluant des prestations de prévention).

[suite page suivante](#)

23 au 30 avril 2010 La semaine européenne de la vaccination

Lancée en 2005 par l'OMS, cette semaine a pour objectif de rappeler à la population l'importance de se faire vacciner et de mettre à jour ses vaccinations. En France, il s'agit de favoriser une meilleure compréhension des enjeux de la protection vaccinale. Tout comme en 2009, la vaccination contre la rougeole est la priorité européenne et nationale de l'édition 2010, car il y a eu une recrudescence de la maladie : en effet, l'épidémie qui a débuté en 2008 s'est intensifiée en 2009 et 2010 en raison d'une couverture vaccinale insuffisante. <http://www.semaine-vaccination.fr/>

28 avril 2010 Journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail

Cette journée mondiale a pour but d'attirer l'attention dans le monde sur la promotion et la création d'emplois décents et sûrs, et de réduire le nombre de décès liés au travail. Comme le rappelle le directeur général du Bureau international du travail dans son discours inaugural : « chaque jour dans le monde, 6300 personnes meurent des suites d'un accident ou d'une maladie professionnelle, soit plus de 2,3 millions de décès par an. Les 337 millions d'accidents du travail entraînent chaque année des arrêts de travail prolongés. Aujourd'hui, nous sommes confrontés à des nouveaux enjeux de sécurité et de santé au travail dans un monde professionnel en mutation rapide : de nombreux dangers au travail continuent d'être occultés et méconnus, en particulier dans l'économie informelle ».

http://www.ilo.org/global/What_we_do/Events/Campaigns/lang--fr/WCMS_091620/index.htm

21 mai 2010 63^e assemblée mondiale de la santé

Cette 63^e assemblée mondiale de la santé a réuni des ministres de la Santé et des hauts responsables sanitaires des États membres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les délégués ont adopté des résolutions après avoir débattu des principaux thèmes inscrits à l'ordre du jour, notamment sur l'application du Règlement sanitaire international, les produits médicaux contrefaits, l'hépatite virale, le suivi de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) lié à la santé, la sécurité sanitaire des aliments, la lutte contre les maladies non transmissibles, la stratégie visant à réduire l'usage nocif de l'alcool... <http://www.who.int>

22 mai 2010 Journée européenne de l'obésité

Plus de la moitié de la population européenne souffrirait de surcharge pondérale ou d'obésité. Cette première journée européenne de l'obésité a pour but de sensibiliser et d'informer le grand public sur les risques du surpoids sur la santé. Dans une trentaine de villes de France, des adultes ont reçu un dépliant avec des conseils et des recettes pour une alimentation équilibrée à adapter en fonction des besoins de chacun. <http://www.obesityday.eu/en/home-en/home-content>

31 mai 2010 Journée mondiale sans tabac

Cette année, le thème choisi par l'OMS est « protégeons les femmes de la fumée, du tabac et de la publicité ». L'OMS profite de cette journée pour mettre en lumière les effets nocifs du

marketing du tabac auprès des femmes et des jeunes filles, car la mortalité féminine par tabagisme s'est accrue ces dernières années au niveau mondial. Dans le cadre de cette journée, un colloque intitulé « Femmes et tabac » a été organisé le 25 mai en France par le ministère de la Santé. En effet, la mortalité par cancer du poumon chez les femmes a doublé en quinze ans et l'augmentation de la consommation de tabac chez les jeunes filles en France et à l'étranger présage une mortalité féminine croissante dans les prochaines années.

<http://www.who.int/mediacentre/events/annual/wntd/fr/>
http://www.invs.sante.fr/beh/2010/19_20/beh_19_20_2010.pdf

3 juin 2010 Sécurité des patients

Le gouvernement espagnol, qui occupe actuellement la présidence de l'Union européenne, a réuni le 3 juin à Madrid les experts de la santé pour prendre des mesures urgentes pour améliorer la sécurité des patients contre les infections nosocomiales et promouvoir un meilleur usage des antibiotiques pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens. En effet, dans l'Union européenne, le comportement de l'homme a amplifié et accéléré la résistance aux antimicrobiens par l'effet d'une surconsommation d'antibiotiques. Pour limiter les infections nosocomiales, l'OMS promeut une stratégie en quatre axes (basée sur la surveillance, la prévention, l'endiguement et la recherche) pour l'élaboration de plans d'action nationaux visant à lutter contre la résistance antimicrobienne.

<http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/patient-safety/sections/news3/2010/7/spain-leads-calls-for-urgent-action-to-improve-patient-safety>

Réforme de la santé aux États-Unis : renforcement de la réglementation du marché de l'assurance santé

- Interdiction de refuser une couverture en raison des antécédents médicaux ou d'exclure un assuré sur la base de son état de santé ;
- Panier minimum de prestations servies incluant la couverture totale des services de prévention ;
- Pas de surprimes sur la base du genre, ou de l'état de santé ;
- Plafonnement du surcoût des primes en fonction de l'âge, de la résidence, de la taille de la famille... ;
- Couverture d'au moins 60 % du coût des soins ;
- Plafonnement des coûts administratifs et des profits (15-20 %) ;
- Pas de plafond de remboursement sur la durée de la vie de l'assuré ;
- Plafonnement des dépenses annuelles de santé à la charge des assurés (12 000 dollars par famille) ;
- Extension de la couverture des ayants droit à charge jusqu'à l'âge de 26 ans.

Mesures de maîtrise des coûts de santé et d'optimisation de l'efficacité des programmes publics d'assurance

À cet effet, le texte contient des mesures concernant la modernisation de la gestion administrative de l'assurance tant publique que privée ; la lutte contre la fraude et les gaspillages ; la diffusion des technologies de l'information ; la promotion de la médecine générale et de la prévention ; l'évaluation comparative de l'efficacité des stratégies thérapeutiques et des innovations technologiques ; l'expérimentation de nouvelles approches de prise en charge des maladies chroniques et de rémunération des prestations médicales (basées sur la qualité et les résultats, et non plus sur le volume des actes).

Coûts et financement de la réforme

Le coût de la réforme est estimé par le Bureau du budget du Congrès (*Congressional Budget Office/CBO*) à 948 milliards de dollars sur dix ans. Ces coûts devraient être entièrement couverts d'une part par des « économies » dégagées par la mise en œuvre des mesures en faveur d'une meilleure efficacité du programme *Medicare*

(500 milliards de dollars sur dix ans), et d'autre part par des recettes fiscales nouvelles (à hauteur de 450 milliards de dollars sur dix ans) touchant les personnes aux revenus les plus élevés : augmentation des cotisations sur salaires pour *Medicare* ; taxe sur les revenus du patrimoine ; taxe sur les primes des contrats d'assurance « haut de gamme » ; taxes supplémentaires sur les profits des industries de la santé (hôpitaux, assurances, industrie du médicament et de l'équipement médical...).

Le CBO estime par ailleurs que la mise en œuvre de cette réforme devrait permettre de réduire le déficit budgétaire de l'État fédéral de 138 milliards de dollars dans les dix prochaines années et de 1,2 trillion de dollars dans la décennie suivante.

Perspectives

Avec cette loi sur la réforme de la santé aux États-Unis, le président Obama engage la nation américaine sur la voie d'une couverture universelle du risque maladie. Il ouvre ainsi un vaste chantier dont les enjeux sont de faire évoluer le système de santé américain vers un système plus juste, plus efficace, où l'État intervient de

façon plus active pour prévenir ou corriger les dérives du marché de la santé. Pour le président, « *la santé n'est pas un privilège, mais un droit que la puissance publique doit garantir à ses citoyens* ». Cette perspective constitue un véritable défi socioculturel dans une nation qui demeure divisée sur les orientations stratégiques de cette réforme et les valeurs sociales sur lesquelles elle repose. ■

Références

1. Iglehart J.K. Historic Passage-Reform at last. *New England Journal of Medicine*. 2010, e48 (1-3).
2. Truffer C., Keehan S., Smith S. et coll. Health spending projections through 2019 : The recession's impact continues. *Health Affairs*, March 2010, 20 (3) p. 1-8.
3. National Center for Health Statistics. <http://www.cdc.gov/nchs/hus.htm>
4. Iglehart J.K. Obama's vision and the prospects for Health Care Reform. *New England Journal of Medicine*. 2009, e25 (1-3).
5. The Henry Kaiser Family Foundation. <http://www.kff.org/healthreform/8060.cfm>