



Deux mythes sur le système de santé américain

Dans le débat sur le système de santé au Canada, les États-Unis servent d'épouvantail commode. On ramène constamment sur le tapis le fait que 45 millions d'Américains n'ont pas d'assurance maladie, que les dépenses publiques de santé sont inadéquates et que le système de santé américain relève du capitalisme sauvage. Ces perceptions sont cependant des mythes qui relèvent de la légende urbaine. Il est vrai que le système de santé aux États-Unis souffre de plusieurs problèmes et est loin d'être parfait, mais les causes de ces problèmes ne sont pas celles qu'on pense.

Un grand nombre de non-assurés?

La première critique que l'on fait au système de santé américain est son manque d'universalité et la présence d'un grand nombre de « non-assurés », mais ce problème doit être mis en perspective. Les 45 millions de non-assurés représentent une minorité par rapport à la population totale de 288 millions d'habitants, soit 15,6 %. Comme le montre le Tableau 1, plus des deux tiers des Américains détiennent une assurance maladie privée. La plupart sont assurés par leur employeur. La majorité de ceux qui n'ont pas d'assurances privées dépendent des régimes publics d'assurance maladie que sont Medicare, pour les gens âgés de 65 ans et plus, et Medicaid, pour les gens à faible revenu. Ces deux régimes publics couvrent également les handicapés.

Par ailleurs, il s'agit souvent d'une situation temporaire. Plus du quart (27 %) des 45 millions de non-assurés le sont pour des périodes qui durent moins d'un an¹. Comme le confirme le *Census Bureau* lui-même, « la couverture d'assurance maladie est vraisemblablement sous-estimée² ». Un grand nombre de personnes déclarées non assurées, environ 14 millions, étaient éligibles au Medicaid ou à des programmes couvrant les enfants,



mais ne s'en étaient pas prévalués ou ne le savaient pas³.

Les périodes de non-assurance sont souvent causées par des transitions comme des changements d'emploi ou de situation familiale. Le problème des non-assurés est d'abord un problème d'emploi : 57 % des personnes de moins de 65 ans qui ont été sans assurance maladie durant toute l'année 1998 (dernière année pour laquelle ces données sont disponibles) n'avaient pas d'emploi permanent à temps plein ou vivaient dans des familles où personne n'en avait. Le traitement fiscal des assurances médicales aux

États-Unis fait qu'elles sont étroitement liées à l'emploi.

Mentionnons également qu'une proportion non négligeable des non-assurés se trouvent parmi ceux qui ont les moyens financiers de se payer une assurance, mais choisissent volontairement de ne pas le faire. Ainsi, quelque 17 % des non-assurés étaient membres de familles gagnant 75 000 dollars US ou plus⁴.

Les non-assurés ont à leur disposition un filet de sécurité qui, dans les faits, constitue une sorte d'assurance hospitalisation informelle, à savoir le réseau des hôpitaux publics. Ceux qui n'ont pas d'assurances obtiennent quand même des soins de santé.

1. Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, *The Uninsured: A Primer. Key Facts About Americans Without Health Insurance*, novembre 2004, disponible à <http://www.kff.org/uninsured/loader.cfm?url=/commonspot/security/getfile.cfm&PageID=50811>.

2. U.S. Census Bureau, *Current Population Reports: Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2003*, U.S. Government Printing Office, Washington, août 2004, p. 52, disponible à <http://www.census.gov/prod/2004pubs/p60-226.pdf>.

3. The Blue Cross and Blue Shield Association, *The Uninsured in America*, janvier 2005, disponible à <http://bcbshealthissues.com/issues/uninsured/whoareuninsured/>.

4. U.S. Census Bureau, *op. cit.*, p. 15.



Tableau 1

Couverture d'assurance maladie aux États-Unis, 2003

	Pourcentage de la population*
Assurés	84,4
Assurance privée (total)	68,6
(via l'employeur)	60,4
Régimes publics	26,6
Medicaid	12,4
Medicare	13,7
Militaires	3,5
Non-assurés	15,6

* Les totaux ne correspondent pas à la somme des sous-catégories, car des personnes peuvent être bénéficiaires de plusieurs régimes.

SOURCE : U.S. Census Bureau, *Current Population Reports: Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2003*, U.S. Government Printing Office, Washington, 2004, p. 16, disponible à <http://www.census.gov/prod/2004pubs/p60-226.pdf>.

Le *Congressional Budget Office* écrit que « plusieurs personnes sans assurance ont au moins accès à certaines sources de soins de santé, par l'entremise des hôpitaux publics, des centres de santé communautaires, des hôpitaux universitaires, des services de santé locaux, ou des établissements du *Department of Veterans Affairs*⁵ ». Des chercheurs de l'OCDE font une constatation semblable : « Les administrations publiques locales, en collaboration avec celles des États, jouent un rôle important dans le financement de ce que l'on appelle les fournisseurs de filet de sécurité, comme les *county hospitals*, qui soignent les indigents⁶. »

Ces faits sont illustrés par une lettre qu'un médecin du Texas, le Dr Susan W. Weathers, publiait dans le *Wall Street Journal* du 30 avril 2004. Le système canadien, explique-t-elle, « ressemble au *county hospital* où je travaille. Nos patients ne paient rien ou presque rien. Ils attendent trois mois pour un test d'imagerie par résonance magnétique sur une base non urgente, et quelques mois pour être vus dans une clinique spécialisée. Nos patients en oncologie sont un peu mieux traités que les Canadiens, puisqu'ils obtiennent des traitements de radiothérapie dans un délai d'une à trois semaines. Ce qu'il y a de différent, c'est que nos patients sont décrits comme non-assurés (et l'on imagine que ça veut dire "privés de soins médicaux") alors que les Canadiens ont une "couverture universelle" ».

5. Congressional Budget Office, *op. cit.*, p. ix.

6. Elizabeth Docteur, Hannes Suppanz et Jaejoon Woo, *The US Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform*, OECD Working Papers, no 350, 27 février 2003, p. 7, disponible à [http://www.oilis.oecd.org/olis/2003doc.nsf/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/a17bfa31f942be2cc1256cdb00332d3c/\\$FILE/JT00140050.PDF](http://www.oilis.oecd.org/olis/2003doc.nsf/43bb6130e5e86e5fc12569fa005d004c/a17bfa31f942be2cc1256cdb00332d3c/$FILE/JT00140050.PDF).

7. Sally C. Pipes, *Miracle Cure: How to Solve America's Health Care Crisis and Why Canada Isn't the Answer*, San Francisco et Vancouver, Pacific Research Institute et Fraser Institute, 2004, p. 25.

Notons enfin que la charité privée existe, autant de la part des hôpitaux et des médecins que des individus qui supportent les organismes de charité. On estime que les deux tiers des services de santé consommés par les non-assurés ne leur coûtent rien⁷. Le problème de ceux que l'on appelle les « *working poor* », qui ne sont pas assez pauvres pour toucher de l'assistance sociale et avoir accès à Medicaid mais qui demeurent trop pauvres pour avoir accès à des assurances privées, doit aussi être relativisé. D'abord, comme nous l'avons vu, ils ont un filet de sécurité. Ensuite, comme nous le verrons plus loin, leur accès à des polices d'assurance maladie privée est limité par la fiscalité et la réglementation et non uniquement par des difficultés financières.

Un système totalement privé?

Un deuxième grand mythe présente le système de santé américain comme totalement privé ou presque. Il est vrai que la plupart des établissements de santé sont privés – avec ou sans but lucratif – et que les régimes d'assurance maladie privés sont généralement à but lucratif (à l'exception de la Blue Cross et de la Blue Shield). Mais il est faux de soutenir que les dépenses publiques de santé sont faibles et qu'il n'y a pas de régime public d'assurance maladie aux États-Unis.

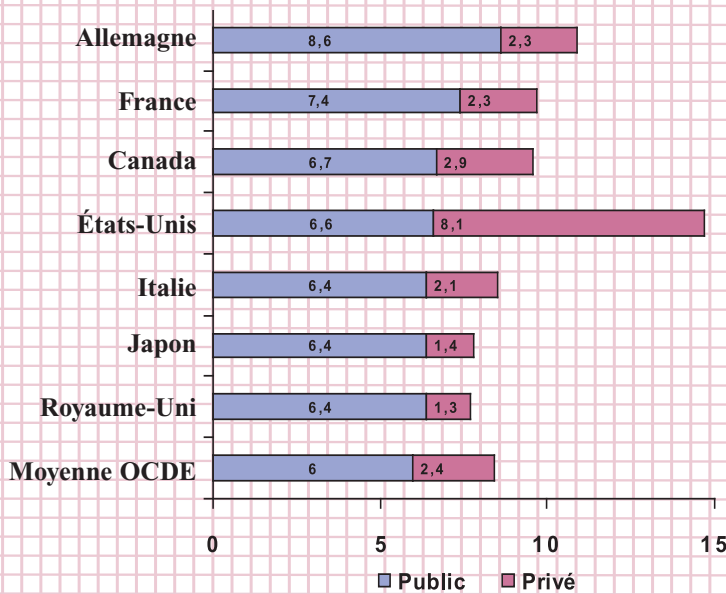
Il existe bel et bien aux États-Unis des régimes publics d'assurance maladie, Medicare et Medicaid. D'importants fonds publics sont également dépensés dans différents domaines comme les hôpitaux publics ou les établissements du *Department of Veterans Affairs*. Les dépenses publiques de santé sont en fait, toutes proportions gardées, plus élevées aux États-Unis que dans la plupart des grands pays occidentaux (voir la Figure 1). Le ratio des dépenses publiques de santé au PIB est de 6,6 % aux États-Unis, ce qui place ce pays au neuvième rang parmi les 30 pays de l'OCDE. On notera que les États-Unis viennent juste

*Les non-assurés permanents ne constituent
qu'une minorité parmi les Américains décrits
comme non-assurés.*



Figure 1

Dépenses publiques et privées en santé en proportion du PIB, 2002



SOURCE : *Éco-Santé OCDE 2004*, Paris, OCDE, 2004 (CD-ROM).

après le Canada, où les dépenses publiques de santé comptent pour 6,7 % du PIB. De plus, le gouvernement aux États-Unis dépense, par habitant, plus que le gouvernement au Canada : 2364 \$ en 2002 contre 2048 \$ au Canada à parité de pouvoir d'achat d'après les données de l'OCDE.

Il est vrai que la proportion des dépenses publiques dans les dépenses totales en santé est faible aux États-Unis – soit 44,9 % en comparaison de 72,6 % en moyenne parmi les pays de l'OCDE et 69,9 % au Canada –, mais cela est dû au fait que les Américains ajoutent aux dépenses publiques davantage de dépenses privées, les dépenses totales étant beaucoup plus élevées que partout ailleurs. En effet, les Américains consacrent de façon privée 8,1 % du PIB à leurs soins de santé contre une moyenne de 2,4 % pour les pays de l'OCDE, ce qui porte le total des dépenses de santé à 14,7 % du PIB aux États-Unis contre une moyenne de 8,4 % dans l'OCDE. Ces sommes gigantesques expliquent que les Américains ont accès aux plus récentes technologies médicales et aux traitements les plus efficaces, et ce avec des délais minimes, malgré toutes les lacunes de leur système de santé.

Le corollaire de ce mythe est que le marché de la santé aux États-Unis est complètement libre et que le « capitalisme sauvage » y règne. En fait, le marché américain de la santé est très réglementé à plusieurs niveaux, ce qui entraîne plusieurs distor-

sions dans l'utilisation et la fourniture de soins et explique en partie les difficultés qu'éprouvent des millions d'Américains à se payer des assurances privées. Les normes établies par les gouvernements des États et par le gouvernement fédéral sont omniprésentes dans le domaine de l'assurance et limitent la mise en marché de polices d'assurance privée moins chères et plus accessibles. Des réglementations spécifient par exemple quelles procédures médicales une police d'assurance doit couvrir. La fourniture des soins de santé privés est aussi fortement réglementée, autant au niveau des professions médicales que sur le plan de la gestion et du financement des établissements de santé.

Les assurances comprennent peu de copaiements (frais fixes par service reçu) ou de coassurance (pourcentage du coût des services à la charge de l'assuré). Les assurés ne sont donc pas incités à rechercher les meilleurs prix, ce qui explique

en partie l'escalade des coûts de santé. L'augmentation des coûts engendrée fait gonfler les primes d'assurance et les rend inaccessibles à un plus grand nombre de personnes. Un autre phénomène propre aux États-Unis concerne les amendes exagérées imposées par les tribunaux dans les poursuites de responsabilité professionnelle, ce qui se répercute aussi sur les prix des services de santé.

Le traitement fiscal d'une police d'assurance donnée est différent selon qu'elle est offerte par l'employeur ou achetée par l'individu lui-même. L'individu doit payer avec de l'argent après impôt alors que, pour une assurance payée par l'employeur, la dépense est exempte d'impôt pour les employés. Il en coûte donc moins cher à un individu d'obtenir son assurance auprès de son employeur que de recevoir l'équivalent en salaire et de s'assurer lui-même. L'assurance maladie est ainsi étroitement dépendante de l'emploi. Ce traitement fiscal mène à une surconsommation d'assurance de la part de ceux qui en bénéficient et a contribué à gonfler les coûts dans le secteur de la santé⁸.

Le marché américain de la santé est très réglementé à plusieurs niveaux, ce qui entraîne plusieurs distorsions dans l'utilisation et la fourniture de soins.

8. Melissa A. Thomason, « The Importance of Group Coverage: How Tax Policy Shaped U.S. Health Insurance », *The American Economic Review*, vol. 93, no 4, septembre 2003, p. 1373-1384.



Il fait également en sorte que le marché des assurances collectives est très développé alors que celui des assurances individuelles l'est beaucoup moins, d'où les primes beaucoup plus élevées pour ces dernières.

Une dernière question reliée à l'absence d'un régime public universel qui fait régulièrement l'objet de commentaires défavorables dans les médias canadiens concerne les faillites personnelles pour causes de maladie. Ce phénomène est en fait en grande partie une conséquence de l'explosion des coûts, mais son ampleur est fortement exagérée. Les auteurs d'une récente étude américaine prétendent par exemple que les factures médicales comptent pour la moitié des faillites personnelles aux États-Unis⁹. Les circonstances décrites dans l'étude diluent toutefois considérablement la notion de « factures médicales ». Elles couvrent notamment la perte de revenu de travail d'au moins deux semaines à cause d'une maladie ou d'un accident, la mort d'un membre de la famille, la naissance d'un enfant, et l'accoutumance à l'alcool ou la drogue.

Les dépenses publiques de santé sont plus importantes aux États-Unis que dans la plupart des pays de l'OCDE et d'importants régimes publics d'assurance maladie existent dans ce pays.

Conclusion

Contrairement aux mythes qui circulent, seule une faible minorité d'Américains sont des non-assurés involontaires et de longue durée, et même ceux-ci ont généralement accès à des soins gratuits. Les dépenses publiques de santé sont plus importantes aux États-Unis que dans la plupart des pays de l'OCDE et d'importants régimes publics d'assurance maladie existent dans ce pays.

Les problèmes du système de santé américain découlent en grande partie non pas de son caractère privé, mais plutôt de la lourde réglementation à laquelle il est soumis et de la façon dont le système d'assurance fonctionne. Le traitement fiscal des assurances et la très faible participation directe des assurés aux coûts des soins sont en partie responsables du gonflement des primes d'assurance et de la présence d'une certaine proportion de personnes non assurées. Comme dans le cas du financement public, lorsque le payeur est une tierce partie, les coûts ont tendance à exploser.

À cet égard, il n'est pas très étonnant de voir que les solutions les plus innovatrices pour réformer le système de santé américain ressemblent à celles proposées pour remédier aux problèmes du système de santé canadien. Ces solutions passent par une responsabilisation accrue du patient consommateur et une libéralisation des mécanismes de l'offre, aussi bien sur le plan de la fourniture de soins que celui du financement. Une avenue qui semble prometteuse est celle des comptes d'épargne-santé, mis en place en 2003 et qui, en mars 2005, comptaient déjà un peu plus d'un million d'adhérents à travers les États-Unis. Ces comptes permettent à l'individu d'épargner, à l'abri de l'impôt, des montants pour défrayer les frais de soins de santé, tout en s'achetant une police d'assurance avec une franchise relativement élevée mais des primes moins coûteuses.

Quoi qu'il en soit, une perspective plus réaliste sur les avantages et les lacunes du système de santé américain conduirait à des débats plus pertinents que la répétition de mythes sans fondement.

9. David Himmelstein, Elizabeth Warren, Deborah Thorne et Stefie Woolhandler, « Illness and Injury as Contributors to Bankruptcy », *Health Affairs*, 2 février 2005, disponible à <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/hlthaff.w5.63/DC1>.



Institut économique de Montréal

Institut économique de Montréal
6708, rue Saint-Hubert
Montréal (Québec)
Canada H2S 2M6
Téléphone : (514) 273-0969
Télécopieur : (514) 273-0967
Courriel : info@iedm.org
Site Web : www.iedm.org

L'Institut économique de Montréal (IEDM) est un institut de recherche et d'éducation indépendant, non partisan et sans but lucratif. Il œuvre à la promotion de l'approche économique dans l'étude des politiques publiques.

Fruit de l'initiative commune d'entrepreneurs, d'universitaires et d'économistes, l'IEDM n'accepte aucun financement public.

Abonnement annuel aux publications de l'Institut économique de Montréal : 98,00 \$.

Président du conseil :
Adrien D. Pouliot
Président :
Michel Kelly-Gagnon

Les opinions émises dans cette publication ne représentent pas nécessairement celles de l'Institut économique de Montréal ou des membres de son conseil d'administration.

La présente publication n'implique aucunement que l'Institut économique de Montréal ou des membres de son conseil d'administration souhaitent l'adoption ou le rejet d'un projet de loi, quel qu'il soit.

Reproduction autorisée à des fins éducatives et non commerciales à condition de mentionner la source.

Institut économique de Montréal
© 2005

Imprimé au Canada

Illustration : Benoit Lafond
Infographie : Valna inc.