

## Le système de santé aux Etats-Unis : organisation et fonctionnement

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les Etats-Unis ont dépensé en 2016 plus que n'importe quel autre pays en soins médicaux par habitant (plus de 10 000 dollars, contre 4600 dollars pour la France<sup>1</sup>). En 2016, plus de 17 % du PIB était consacré à ces dépenses aux Etats-Unis, contre 11% en France. Le système de santé américain est complexe, faisant intervenir différents acteurs des secteurs public et privé. Contrairement au système français, il n'existe pas aux Etats-Unis de régime général d'assurance-maladie : les Etats-Unis restent la seule nation industrialisée à ne pas posséder de système de santé universel. Les assurances publiques ne couvrent que certaines catégories de personnes (âgées et/ou défavorisées), ainsi le mode de financement s'appuie tout particulièrement sur les assurances privées, sachant qu'un certain nombre de citoyens, environ 14 % à l'heure actuelle, ne disposent d'aucune assurance.

D'après le rapport du « U.S Census Bureau<sup>2</sup> » paru en septembre 2017, 67,5% des citoyens américains possédaient en 2016 une assurance santé privée pour 37,3% qui bénéficiaient d'une couverture de santé publique<sup>3</sup>. Dans ce document nous présenterons les bases de l'organisation du système de santé américain, puis nous examinerons les couvertures de santé existantes proposées par les organisations publiques et privées.

### Organisation du système de santé américain

Le système de santé aux Etats-Unis est centré sur le concept de « service » : des entités des secteurs public ou privé « achètent » des services de santé à des « fournisseurs », ceux-ci étant soumis à des régulations imposées par le gouvernement fédéral mais également spécifiques de chaque Etat. Les acheteurs publics regroupent les agences fédérales et celles des Etats. De même, des assureurs privés et les individus peuvent avoir accès à ces services de santé par le biais d'assurances privées. Ces assurances privées sont déclinées en 3 catégories que nous détaillerons ultérieurement.

---

<sup>1</sup> Source : <https://www.healthsystemtracker.org/chart-collection/health-spending-u-s-compare-countries/#item-average-wealthy-countries-spend-half-much-per-person-health-u-s-spends>

<sup>2</sup> A l'instar de l'INSEE, le U.S. Census Bureau est une agence gouvernementale qui produit des données statistiques sur la population et l'économie américaine.

<sup>3</sup> Si la somme des pourcentages (assurance privée + publique) excède 100%, c'est parce qu'il est possible pour un individu de cumuler assurance publique et assurance privée.

## *Qui sont les fournisseurs des actes de santé ?*

Dans le cadre de la réglementation fédérale, un fournisseur d'acte de santé, « health care provider » est défini comme un fournisseur de services médicaux ou de santé (détaillés dans la section 1861(s)<sup>4</sup> du « Social Security Act ») ou toute autre personne ou organisation qui fournit, facture ou est rémunéré pour un acte de santé. Cette définition inclut ainsi par exemple les médecins, pédiatres, infirmières ou encore les hôpitaux. Les actes de santé sont fournis par le secteur privé en grande majorité. Certains hôpitaux sont gérés par le gouvernement, mais la plupart est détenue par des organisations privées<sup>5</sup>.

## *Les organisations gouvernementales*

Le Président des Etats-Unis nomme les directeurs des agences de santé majeures à un niveau national, avec l'approbation du Sénat. Les gouverneurs jouent le même rôle pour les agences de santé des Etats.

Le « U.S. Department of Health and Human Services » (HHS) est la principale agence de santé aux Etats-Unis. Cette agence reçoit ses instructions directement du Congrès et de la Maison Blanche en ce qui concerne la gestion des finances, la coordination, la réglementation ou encore la fourniture de services de santé. Le HHS regroupe de nombreuses organisations, la plus importante d'entre elles étant le « Center for Medicare & Medicaid Services » (CMS). Le CMS est l'agence qui administre les programmes Medicare et Medicaid que nous détaillerons ultérieurement.

Le Center for Disease Control and Prevention (CDC) est une agence du HHS et la principale agence de santé publique aux Etats-Unis. Le CDC travaille en collaboration avec des organisations partenaires (institutions académiques, agences gouvernementales, organisations privées..) pour assurer le suivi, la prévention et le contrôle de la santé humaine et environnementale. Le CDC détecte les menaces sanitaires nouvelles ou émergentes, et organise la réponse à ces menaces.

Il existe d'autres organisations fédérales importantes dans le domaine de la santé, mais qui n'interviennent pas directement dans le domaine de l'assurance santé :

- La "Food and Drug Administration" (FDA)

---

<sup>4</sup> [https://www.ssa.gov/OP\\_Home/ssact/title18/1861.htm](https://www.ssa.gov/OP_Home/ssact/title18/1861.htm)

<sup>5</sup> 70% des hôpitaux aux Etats-Unis sont à but non lucratif

La FDA assure la sécurité et l'efficacité des médicaments humains et vétérinaires, des produits biologiques, dispositifs médicaux et denrées alimentaires ainsi que des produits cosmétiques (à noter que la FDA régule également la fabrication et la distribution de tabac).

- Les National Institutes of Health (NIH)

Les NIH conduisent de nombreux programmes de recherche destinés à améliorer la santé des citoyens américains. Ces instituts constituent la principale agence de financement de la recherche en santé aux Etats-Unis. Les programmes de recherche financés par les NIH concernent tous les domaines de la biologie, notamment les processus de développement humain, les effets biologiques de contaminants environnementaux, ou encore la compréhension des désordres physiques, mentaux et addictifs.

L'organisation du système de santé publique aux Etats-Unis est complexe et intervient à différents niveaux : fédéral, Etats, comté et ville.

### *Les organisations privées*

Les « acheteurs » et « fournisseurs » d'actes de santé disposent d'organisations professionnelles à un niveau national qui représentent leurs intérêts communs, agissent en tant que porte-parole et exercent un lobbying auprès du Congrès pour mettre en place leurs préférences politiques. A titre d'exemple, l'America's Health Insurance Plans (AHIP) est une organisation nationale qui représente près de 1300 entreprises privées fournissant une couverture d'assurance santé. Comme nous le verrons ultérieurement, l'assurance santé privée est fournie aux citoyens dans la plupart des cas par le biais de leurs employeurs. Les individus peuvent également cumuler plusieurs assurances privées et en souscrire une supplémentaire, complémentaire à celle fournie par l'employeur.

### *Le rôle des Etats*

Au niveau des Etats, les organisations gouvernementales jouent un rôle important dans le système de santé. Les Etats accomplissent leurs rôles par le biais de structures organisationnelles variées. La plupart des Etats disposent de départements administratifs similaires à ceux retrouvés au niveau fédéral (Division of Insurance, Department of Health...). De façon notable, les Etats participent au financement du programme Medicaid et à sa régulation, et établissent également les règles en matière d'assurance santé privée au sein de l'Etat.

# Medicare, Medicaid : les composantes publiques du système de santé américain

## Medicare

Le programme Medicare est un programme d'assurance santé fédéral instauré en 1965 par Lyndon B. Johnson. Selon le Center for Medicare & Medicaid Services, 58 millions d'américains bénéficiaient durant l'année civile 2017 du programme Medicare. Ce programme, qui a évolué au cours des dernières décennies, est destiné seulement à une partie de la population :

- Les personnes âgées de 65 ans ou plus
- Les personnes de moins de 65 ans avec certaines incapacités (notamment dues aux maladies rénales en phase terminale)

Le programme est financé via trois sources principales :

- Les taxes fédérales payées par les citoyens américains
- Les taxes payées par les employeurs
- Les mensualités payées par les bénéficiaires du programme

Medicare se décline en plusieurs « plans » ou « parties » :

- Les parties A & B sont associées au programme originel. La partie A couvre les dépenses liées à une hospitalisation, et la partie B couvre les visites chez les médecins ainsi que d'autres services médicaux parmi lesquels les examens de dépistage du diabète, des maladies cardiaques ou encore de certains cancers
- La partie C, également nommée « Medicare Advantage plan » est une couverture fournie par les compagnies d'assurance privées sous contrat avec Medicare. Le plan C constitue une couverture additionnelle à celle apportée par les parties A&B. La partie C s'adresse donc aux individus ayant déjà souscrit aux parties A&B
- La partie D est également un plan privé destiné aux personnes ayant déjà souscrit les plans A & B. Ce plan, complémentaire et payé par l'assuré couvre les coûts liés aux médicaments sur ordonnance.

Il est important de souligner que le programme Medicare ne prend pas en compte tous les frais médicaux. Les consultations ophtalmologiques en guise d'exemple, ou encore la santé

bucco-dentaire ne sont pas prises en charge. Ces frais peuvent être en revanche couverts par une assurance additionnelle souscrite par le bénéficiaire de Medicare.

## Medicaid

Tout comme Medicare, le programme Medicaid a été instauré en 1965. Il s'agit d'un programme co-financé par le gouvernement fédéral mais géré par chacun des Etats, destiné aux individus et familles possédant de faibles revenus. La plupart des Etats administre le programme Medicaid de façon personnalisée : c'est le cas de la Californie par exemple, avec le programme Medi-Cal (<https://www.medi-cal.ca.gov/>). Les conditions d'éligibilité au programme ne sont pas identiques selon les Etats, plus ou moins restrictives. Avec l'entrée en vigueur de l'Affordable Care Act (ACA) surnommé « Obamacare » (voir plus loin), plusieurs millions d'américains sont devenus éligibles au programme Medicaid. Selon le Center for Medicare & Medicaid Services, 72 millions d'américains bénéficiaient durant l'année civile 2017 du programme Medicaid. Le coût annuel du programme Medicaid s'élève à 565 milliards de dollars<sup>6</sup>, contre 672 milliards pour le programme Medicare. Les programmes Medicaid et Medicare représentent à eux deux 37% des dépenses nationales en santé aux Etats-Unis.

Certains Etats proposent un programme « Medicaid » prenant en charge directement les actes de santé. D'autres en revanche font appel à des assurances privées pour fournir une couverture santé aux bénéficiaires. Dans ce cas, les Etats payent directement les assurances privées. Les Etats ont l'obligation d'assurer une couverture santé via le programme pour des services tels que les consultations chez les médecins généralistes, les hospitalisations, les soins préventifs (mammographies, coloscopies par exemple) ou encore les services liés à la santé mentale. De façon optionnelle, les Etats peuvent également choisir d'ajouter certains actes de santé dans leur programme de couverture, parmi lesquels les dispositifs de correction visuelle, les soins bucco-dentaires...

En 2016, un peu plus d'un tiers de la population américaine bénéficiait de l'un des deux programmes de couverture santé détaillés ci-dessus, la majeure partie de la population faisant appel à des assurances privées, comme nous allons le voir ci-après.

---

<sup>6</sup> Données 2016, source : <https://www.cms.gov/research-statistics-data-and-systems/statistics-trends-and-reports/nationalhealthexpenddata/nhe-fact-sheet.html>

## Les assurances santé privées aux Etats-Unis

Selon une étude réalisée par le « U.S. Census Bureau », 67,5% de la population américaine bénéficiait d'une assurance santé privée durant l'année civile 2016. Les citoyens américains peuvent souscrire directement une assurance santé privée, ou bien par le biais de leur employeur (cette option est privilégiée dans la plupart des cas). Dans ce dernier cas, l'employeur prend à sa charge la plus grande partie des coûts, et une cotisation est également prélevée directement sur le salaire de l'employé, de façon similaire aux mutuelles d'entreprises en France.

Sur l'année fiscale 2017, le montant moyen dépensé par un Américain pour son assurance santé était de 6690 dollars. Pour une famille, ce montant moyen était de 18764 dollars. Il est difficile cependant de donner les détails de(s) couverture(s) santé correspondant à ces montants tant les plans d'assurances sont variés et ne prennent pas en charge de façon systématique les mêmes actes de santé. A ce montant doit s'ajouter une franchise (le « deductible »), qui est le **montant minimum annuel** que la personne assurée devra payer avant la prise en charge de son assurance. Par exemple, pour une personne ayant un « deductible » de 2000 dollars, si le cumul des frais de santé sur une année s'élèvent à 5000 dollars, l'assurance ne prendra en charge que 3000 dollars.

Les fournisseurs d'assurance santé privée aux Etats-Unis se déclinent essentiellement en 3 catégories : les « Health Maintenance Organizations » (HMO), les « Preferred Provider Organizations » (PPO) et les « Indemnity Insurances » (II).

- Health Maintenance Organizations

Les HMO sont des plans d'assurance qui donnent accès à un réseau de professionnels de santé ainsi que d'hôpitaux. Afin de bénéficier de la couverture santé, les bénéficiaires ne seront assurés que s'ils reçoivent des actes médicaux de fournisseurs appartenant à ce réseau.

- Preferred Provider Organizations

Les Preferred Provider Organizations fournissent un peu plus de liberté en ce qui concerne le choix du professionnel de santé, bien qu'elles reposent également sur un système de réseau de praticiens et de structures. La nuance réside dans le fait que le bénéficiaire peut faire appel aux services d'un fournisseur n'appartenant pas à son réseau et obtenir tout de même un remboursement. Toutefois, ce remboursement sera moins conséquent qu'en faisant appel à un membre de son réseau.

- Indemnity Insurances

Ces compagnies ne dépendent d'aucune société ou organisation. Leur principe est très simple : les assurés membres cotisent selon les risques qu'ils souhaitent couvrir. Plus ces risques seront importants, plus la cotisation sera conséquente.

## La clé de voûte du système de santé américain : l'Obamacare

### *Qu'est ce que l'Obamacare ?*

L'Obamacare est le surnom donné à l'Affordable Care Act, promulgué le 30 mars 2010 par Barack Obama et appliqué depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014. Littéralement, ce texte pourrait se traduire par « loi sur les soins abordables ». La raison d'être de ce texte de loi est de faire bénéficier tous les citoyens américains, et plus particulièrement les plus démunis, d'une couverture santé. Pour ce faire, cette loi oblige tous les citoyens à souscrire une assurance santé auprès d'un assureur privé. Les personnes qui étaient déjà couvertes à titre individuel mais dont la police ne correspondait pas aux exigences de l'Obamacare ont été invitées à changer d'assureur à la fin de l'année 2014. Une aide financière a par ailleurs été accordée aux Américains disposant de revenus plus modestes. Les citoyens n'ayant souscrit aucune assurance doivent depuis 2015 payer une pénalité. Grâce à l'Obamacare, la proportion de la population américaine non assurée est passée de 16% à 8,9% de 2010 à 2016. La loi oblige également les entreprises de plus de 50 employés à proposer une couverture santé à leurs employés<sup>7</sup>. Enfin, l'Obamacare permet de faciliter l'accès au programme Medicaid dans les différents Etats : les Etats sont libres de choisir d'abaisser ou non le seuil financier pour bénéficier du programme Medicaid. Dans les Etats qui ont décidé de mettre en place cette réforme, toute personne ou ménage dont les revenus annuels s'élèvent à moins de 133% du seuil de pauvreté national peut désormais bénéficier du programme. Lors de la signature du texte en 2010, Barack Obama annonçait une première estimation du coût de l'Obamacare de 940 milliards de dollars sur les 10 premières années du programme (de l'année fiscale 2010 à l'année fiscale 2019). En 2012, le Congressional Budget Office<sup>8</sup> a révisé cette estimation, l'élevant à 1760 milliards de dollars.

---

<sup>7</sup> Il s'agit de « l'affordable coverage » : <https://www.kff.org/infographic/employer-responsibility-under-the-affordable-care-act/>

<sup>8</sup> Le Congressional Budget Office est une agence fédérale qui fournit les informations concernant le budget et l'économie américaine.

## *Les républicains vs Obamacare*

Les républicains mènent une guerre sans relâche contre l'Obamacare depuis sa promulgation. Alors que le texte n'a que 6 ans, il a déjà fait l'objet de 60 votes au Congrès. A chaque fois, les républicains ont tenté d'empêcher son application ; la Cour Suprême a même été saisie quatre fois. Les républicains jugent la réforme trop coûteuse, mais ils dénoncent également la logique de redistribution selon laquelle les cotisations des personnes en bonne santé doivent compenser les coûts des plus malades. Pour eux, qui dit obligation de souscrire une assurance dit restriction des libertés individuelles et ingérence de l'Etat.

## Conclusions

Le très complexe système de santé américain fait actuellement face à une période de profonds changements induits par la promulgation de l'Affordable Care Act en 2010.

Comme nous l'avons étudié, les Etats-Unis dépensent plus que n'importe quel autre pays en soins médicaux par habitant. L'écart du coût des soins entre les Etats-Unis et la France peut s'expliquer par plusieurs facteurs, parmi lesquels le coût des programmes publics de santé, les salaires des médecins<sup>9</sup>, ou encore les prix des actes médicaux. Cet écart est donc à analyser avec prudence, d'autant plus qu'avec 11% de son PIB consacré à la santé, la France est le pays membre de l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques qui dépense le plus pour sa santé, juste après les Etats-Unis.

---

<sup>9</sup> Par exemple, un médecin généraliste Américain est payé 2,5 fois plus qu'un médecin généraliste Français.

## Sources

medicare.gov

<https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/CMS-Fast-Facts/index.html>

<https://www.medicaid.gov/medicaid/eligibility/index.html>

<https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/Medicare-Learning-Network-MLN/MLNProducts/Downloads/ProgramBasics.pdf>

<https://www.medicaid.gov/state-overviews/stateprofile.html?state=California>

<https://www.medicalbillingandcoding.org/health-insurance-guide/medicaid/>

<https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2016/demo/p60-257.pdf>

<http://dpeaficio.org/programs-publications/issue-fact-sheets/the-u-s-health-care-system-an-international-perspective/>

[https://lexpansion.lexpress.fr/actualite-economique/reforme-de-la-sante-obama-etats-unis\\_1491975.html](https://lexpansion.lexpress.fr/actualite-economique/reforme-de-la-sante-obama-etats-unis_1491975.html)