

FLASH ÉCONOMIE

RECHERCHE ÉCONOMIQUE

08 avril 2010 – N° 151

Réforme de la santé aux Etats-Unis – mieux vaut tard que jamais !

Le président Obama a promulgué la réforme de la santé mardi 23 mars, après que la Chambre des Représentants ait voté le projet adopté par le Sénat en décembre dernier. D'après les estimations du CBO, le coût de ce projet approche 940 Md\$. Sur 10 ans, cette réforme devrait avoir un impact positif sur le budget de l'ordre de 138 Md\$ et permettrait de couvrir 32 millions d'américains supplémentaires (soit 94% de la population américaine, contre 83% aujourd'hui).

Nous rappelons ici que le système de santé américain fait face à 3 grands problèmes :

- *un coût très élevé ;*
- *l'absence de couverture maladie universelle ;*
- *la non-viabilité du système à long terme.*

Au travers des politiques proposées, la réforme devrait apporter une réponse à ces trois problèmes. Cependant, même si la question de couverture « universelle » semble réglée, il est extrêmement difficile de quantifier les impacts que la réforme pourrait générer sur les coûts et de fait, sur la viabilité du système à long terme.

RECHERCHE ECONOMIQUE

Rédacteurs :

Inna Mufteeva
Thomas Julien

Le mardi 23 mars, le président B. Obama a promulgué le projet de loi sur la réforme de la santé. Cet épisode symbolique marque l'aboutissement d'une âpre bataille que se sont livrés Démocrates et Républicains. En effet, le projet aurait dû être signé depuis la fin du mois de janvier (avant le discours sur l'état de l'Union) mais la perte d'un siège Démocrate dans l'Etat Massachusetts avait fait disparaître la « supermajorité » du parti Démocrate au Sénat et bloqué le processus législatif. Pour obtenir le vote de cette loi, les Démocrates ont dû utiliser la procédure de réconciliation, qui a permis de voter le projet jeudi 25 mars au Sénat à la majorité simple (51 voix).

Les grandes lignes de la réforme

La mise en place de la réforme devrait s'étaler progressivement de 2010 à 2019 (**Tableau 1**). Pour bon nombre, les mesures phares de cette loi prendront effet en 2014 et certaines ne seront implémentées qu'en 2018. Les Républicains étant plus que jamais défavorables à ce projet, des tensions politiques pourraient demeurer tout au long de la durée de la réforme.

Tableau 1 Une mise en place progressive de la réforme de la santé	
2010	- Subventions pour les petites entreprises (- de 50 salariés) - Interdiction pour les assureurs de refuser d'assurer les enfants malades - Autorisation pour les enfants de rester sur la police d'assurance de leur parents jusqu'à leur 26 ans
2011	- Augmentation des taxes sur les fabricants de médicaments
2013	- Hausse des taxes Medicare sur les hauts revenus - Impôt de 2,9% sur les ventes d'appareils médicaux - Programme pilote pour améliorer la qualité des services Medicare
2014	- Possibilité pour les individus non couverts par leur employeur d'acquiescer une couverture médicale - Interdiction pour les assureurs de refuser d'assurer les individus malades - Exigences de couverture santé pour les individus - Début des subventions pour les revenus moyens et faibles - Extension de Medicaid pour les individus dont le revenu est inférieur à 133% du seuil de pauvreté - Subventions pour les petites entreprises pour couvrir leurs salariés - Mise en place d'une pénalité pour les entreprises de plus de 50 salariés qui n'offrent pas de couverture santé à un prix abordable à leurs salariés - Mise en place d'une cotisation annuelle sur les compagnies d'assurances - Mise en place d'un conseil d'administration indépendant pour Medicare
2016	- Amende pour les individus sans assurance - Les entreprises de plus de 100 salariés peuvent acheter des couvertures au travers des procédures d'échange si l'Etat le permet
2018	- Taxe sur les plans d'assurances dont le coût dépasse 10 200\$ pour un individu et 27 500\$ pour une famille

Source: House bill, Kaiser Family Foundation, WSJ

Les problèmes structurels du système de santé américain

Rappelons que le système de santé américain montre trois principaux problèmes (Cf le Special report du 8 septembre 2009 « Où en est-on dans la réforme de la santé aux Etats-Unis ? ») :

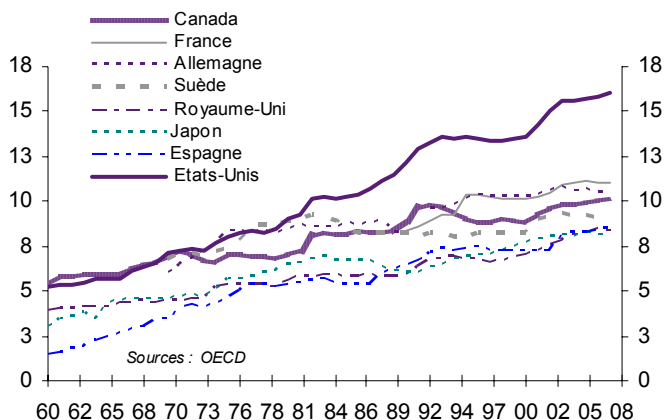
- le coût de la santé est très important : les dépenses de santé sont beaucoup plus élevées que dans les autres pays développés ;
- il n'y a pas de couverture maladie universelle, 15% de la population n'est pas couverte ;
- avec le vieillissement de la population, le système actuel n'est pas viable à long terme.

Nous rappelons dans un premier temps les lacunes du système de santé américain et étudions ensuite l'impact que devrait avoir la réforme sur ces problèmes de fond.

Un coût de la santé élevé...

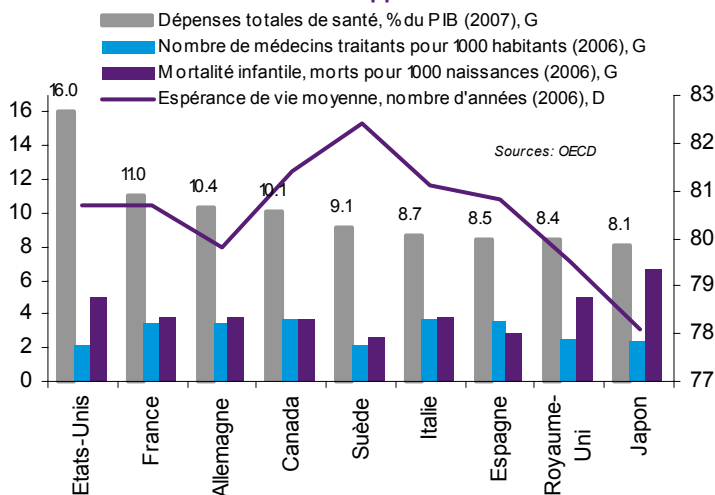
Le système de la santé américain est considéré comme le plus cher au monde. Les dépenses de santé ont augmenté d'une manière spectaculaire depuis les années 60 pour dépasser 16% du PIB en 2007 (**graphique 1**). En comparaison, ce ratio s'élève actuellement à environ 10% dans les autres pays développés, (avec une valeur maximale de 11% pour la France).

Graphique 1
Les dépenses de santé en % du PIB



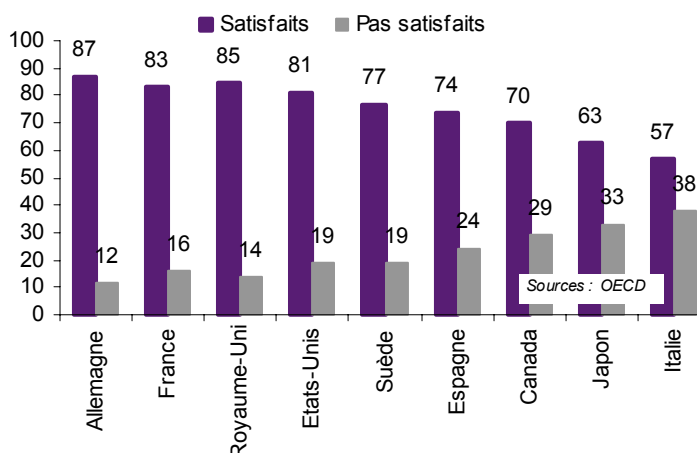
Cependant, le plus cher ne veut pas dire le plus performant : en effet, en termes d'indicateurs de qualité de vie, les Etats-Unis montrent une performance moyenne : la mortalité infantile est plus élevée que dans la plupart des pays de l'UE et le nombre des médecins traitants par habitant est inférieur à celui des pays européens. Par ailleurs, l'espérance de vie moyenne est bien inférieure à celles de la Suède et du Canada (**graphique 2**).

Graphique 2
Indicateurs du système de la santé des pays développés



Par conséquent, le degré de satisfaction général des services de santé américains reste moyen : selon une enquête de l'OCDE 19% des personnes interrogées aux Etats-Unis ne se sentent pas satisfaits par le niveau de ces services, alors que le même pourcentage est moins élevé pour la France, l'Allemagne et le Royaume-Uni (**graphique 3**).

Graphique 3
Degré de satisfaction publique mesurée par la
disponibilité des services médicaux de qualité
(2008), en % des réponses



...entretenu par un
« Cercle vicieux »

Les imperfections du marché de l'assurance maladie, où les incitations pour réduire les coûts sont quasi inexistantes, sont à l'origine de ce déficit de qualité du système de santé américain.

Selon les données de l'enquête de Kaiser/HRET sur les assurances sponsorisées par les entreprises, les primes d'assurance familiale ont augmenté de 72% de 1999 jusqu'à 2004 (alors que les prix à la consommation ont progressé de 13,4% pendant cette période) et de 34% de 2004 à 2009 (contre 13,6% pour l'inflation).

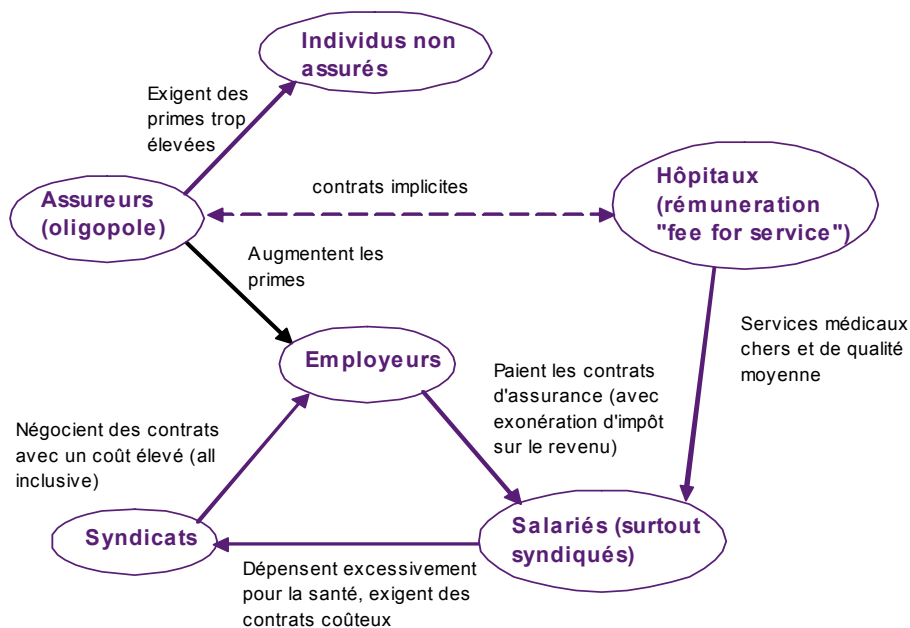
Côté demande, d'une part le marché se trouve dans une configuration d'aléa moral pour les salariés qui souscrivent aux plans d'assurance à fortes primes (dits plans « Cadillac »). Effectivement, ces derniers sont incités à avoir recours au système médical plus fréquemment que s'ils avaient souscrit un contrat d'assurance avec une prime « raisonnable ».

De plus, la rémunération des hôpitaux étant fonction du nombre de services rendus (et non de leur qualité), il encourage ce type de comportement et crée un « cercle vicieux ». D'autre part, les déductions fiscales sur les contrats d'assurance financés par les employeurs, n'incite pas les entreprises à contrôler plus rigoureusement ces coûts.

Côté offre, le marché de l'assurance est segmenté au niveau des marchés locaux (les Etats en général). Le rapport du Government Accountability Office (GAO) sur la concurrence sur le marché de l'assurance fait état d'une concentration élevée. En effet, trois des plus grands assureurs contrôlent presque chaque marché local. Cette position oligopolistique procure aux assureurs une position dominante, leur permettant de pratiquer des primes d'assurance déconnectées des risques réellement encourus par la population concernée.

Dés lors, si les entreprises peuvent se permettre de supporter ces coûts ou bien disposent d'un éventuel pouvoir de négociation, il en est autrement pour les individus qui n'ont pas d'assurance financée par une entreprise et sont obligés d'acheter leur assurance individuelle sans avantages fiscaux à des primes plus élevées. Par conséquent, dans nombre de cas, les particuliers ne peuvent pas se couvrir contre les risques de la vie courante, ou bien s'ils s'estiment en bonne santé refusent de souscrire à une assurance privée (d'après le Censur environ 58% des individus non couverts ont entre 18 et 44 ans).

« Cercle vicieux » et formation des coûts de la santé



Mesures proposées pour limiter ces coûts :

La réforme de la santé envisage plusieurs mesures pour influencer la formation des prix et des coûts de l'assurance, et créer des incitations contre-inflationnistes. En effet, le projet ne prévoit pas une restructuration en profondeur du système de l'assurance, mais envisage de nombreuses mesures pour atténuer les distorsions de ce marché, aussi bien du point de vue de la réglementation que celui de la régulation.

Côté assureurs

Du côté des assureurs, les coûts devraient baisser par mise en concurrence. La réforme envisage la création de marchés organisés de contrats d'assurance au niveau des Etats pour les individus (**American Health Benefit Exchanges**) et les PME (**Small Business Health Options program Exchanges, ou SHOP**), qui seront gérés par une association à but non lucratif ou une agence gouvernementale. Au moins deux contrats « multi-state » (couvrant plus qu'un Etat) seront introduits sur ces marchés, parmi lesquels au moins un sera proposé par une entité à but non lucratif. De plus, les contrats d'assurance « multi-state » proposés par les assureurs privés devront répondre aux exigences des autorités de chaque Etat, concernant la qualité de l'assurance (qualified health plan) et rendre la tarification de ces contrats plus transparente.

Par ailleurs, dans le cadre du programme CO-OP (**Consumer Operated and Oriented Plan**) au moins 6Md\$ de subventions et de prêts seront alloués pour la création de sociétés d'assurance à but non lucratif ayant pour objectif de faire baisser les primes d'assurances et d'améliorer la qualité des services médicaux fournis.

Côté entreprises

Du côté des entreprises qui fournissent les contrats d'assurance, peu de changements globaux étaient inclus dans le projet final, en raison du lobbying relativement puissant des syndicats et des autres groupes d'intéressés.

Les contrats d'assurance financés par les entreprises restent non imposables, mais pour certains contrats à coûts élevés (dites plans « cadillac ») la loi introduit **un impôt sur les contrats assurance dont la valeur excède 10 200\$ pour les individus et 27 500\$ pour les familles**. L'impôt sera versé par les assureurs, ce qui devrait les décourager d'augmenter les primes à un rythme aussi marqué que dans le passé.

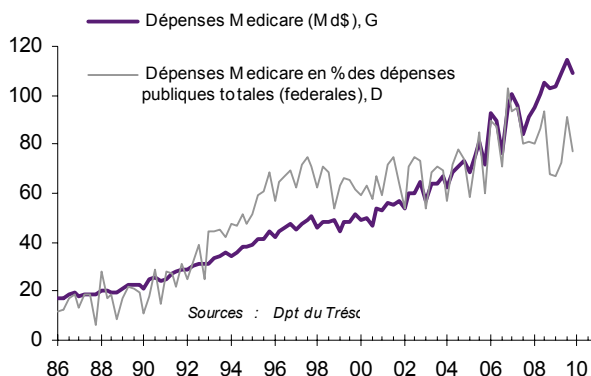
En revanche, l'accise sera mise en vigueur uniquement à partir de 2018 (en raison de la pression des lobbies syndicalistes), et nombreux analystes du secteur expriment leurs doutes sur la viabilité de cette mesure.

Medicare et vieillissement de la population : un défi de taille

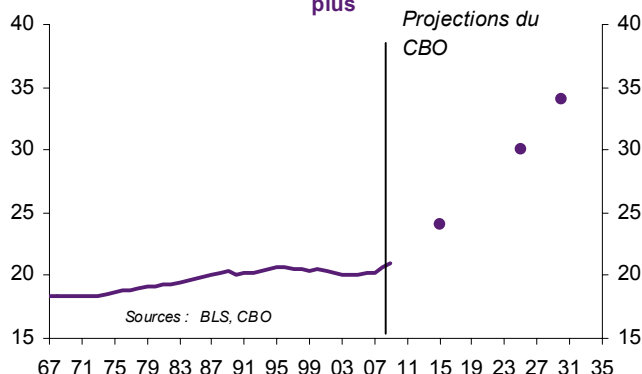
Le système Medicare (introduit en 1965) est un système d'assurance médicale financé par l'Etat fédéral et destiné aux personnes âgées (de plus de 65 ans) répondants à certains critères. Les dépenses Medicare constituent une partie importante des dépenses publiques totales, qui sont passés de 7,3% en 1986 à 12,4% en 2009 (**graphique 4**).

De plus, selon les estimations du CBO le ratio de dépendance (la population de plus de 65 ans sur le nombre des personnes entre 20 et 65 ans) devrait fortement augmenter de 21% à environ 25-30% à l'horizon 2020-2030 (**graphique 5**), ce qui entraînera une accélération d'une hausse marquée des dépenses Medicare. Par conséquent, avec le passage à la retraite de la génération des « baby-boomers » les dépenses Medicare risquent d'exploser dans les années qui viennent.

Graphique 4
Etats-Unis: dépenses de l'état fédéral Medicare



Graphique 5
Etats-Unis: ratio de dépendance - population en âge de travailler sur la population de 65 ans et plus



Un autre facteur aggravant : Medicare génère un coût élevé des services de santé et des médicaments fournis par les prestataires privés, que le gouvernement finance avec le budget fédéral. Selon les estimations du CBO, si on exclut les effets du vieillissement de la population et la hausse des coûts de la santé, le ratio des dépenses de santé (Medicare, Medicaid et la Sécurité Sociale) sur le PIB devrait rester stable autour de 10% à horizon 2030, et passerait à 15% en les prenant en compte.

Propositions de la réforme vis-à-vis de Medicare

Deux initiatives importantes visant la diminution des coûts du système Medicare ont été incluses dans le projet final de la réforme:

La première, est la création d'un conseil d'administration indépendant (**Independent Payment Advisory Board**) de 15 membres, sa principale responsabilité sera la mise au point d'un ensemble de mesures pour réduire le taux de croissance des dépenses Medicare, s'il dépasse la vitesse ciblée. A partir de 2013, le Ministère de la Santé calculera cette vitesse comparativement à celle de l'inflation (indice CPI). A partir de 2014, le Conseil commencera à présenter ses propositions au Président et au Congrès. Ce dernier n'aura pas le droit d'amender les recommandations mais seulement de voter pour ou contre. A partir de 2018, la vitesse cible ne sera plus indexée sur l'inflation mais sur celui du taux de croissance du PIB nominal par tête +1%. Par ailleurs, le Conseil devra préparer des recommandations générales pour réduire les dépenses de santé nationales et conserver la qualité des services en même temps.

La deuxième initiative est encore moins précise et consiste en la création, à partir de 2011, du **Centre d'Innovation** pour tester, évaluer et mettre au point des structures de paiement et des méthodes pour réduire les dépenses en gardant ou développant la qualité des services médicaux.

Même si ces deux concepts devraient bouleverser le fonctionnement du système de l'assurance publique (le Directeur de l'OMB Peter Orszag estime qu'il existe une grande marge de manœuvre pour faire baisser les dépenses Medicare), il est difficile d'estimer l'impact et l'efficacité de ces propositions. Dans l'idéal (à législation inchangée et avec un Congrès favorable aux recommandations), ces mesures devraient au moins atténuer la pression politique sur le législateur pour les décisions difficiles, peu populaires, mais toutefois indispensables.

Les mesures pour améliorer la qualité des services médicaux (incitations autres que « fee-for-service »)

Une autre distorsion observée sur le marché de la santé, qui entraîne une hausse incontrôlée des coûts, concerne la fixation de la rémunération des services médicaux effectués par les hôpitaux et les médecins (« fee for service ») sur la quantité (et non pas la qualité). Plusieurs programmes introduits par la réforme envisagent de prendre des mesures afin d'améliorer l'efficacité et la qualité des prestations. Par exemple, la réforme prévoit une création de plusieurs programmes et entités (y compris un institut de recherche à but non lucratif, **Patient-Centered Outcomes Research Institute**) pour étudier l'efficacité comparative des différents traitements, mettre au point des systèmes de paiement en fonction de la qualité des services et développer le système de communication de l'information rapportant la qualité des services fournis par les médecins.

Ce projet fait face à un obstacle particulièrement important, à savoir l'absence d'homogénéité des différentes mesures pour évaluer la qualité des services. Par conséquent, la loi prévoit la création d'une **stratégie nationale pour améliorer la qualité des services**. Cette stratégie, qui sera présentée au Congrès au cours de l'année, aura pour objectif de développer des mesures de qualité comparables, que des prestataires de services de santé devront utiliser pour rédiger différents rapports auprès des autorités fédérales. La distribution des fonds, ainsi que l'évaluation des performances seront basées sur ces mesures uniformisées.

Conclusion : quel impact de la réforme sur les coûts ?

Au total, si les mesures proposées ne devraient pas bouleverser le système de santé américain, elles ont le mérite d'introduire des propositions pour y parvenir. Il faudra du temps avant d'entrevoir les effets bénéfiques que cette réforme est susceptible d'engendrer, tant les délais de mises en place et les pressions politiques comme syndicalistes sont fortes. A titre d'exemple l'accise sur les contrats à forte prime ne sera mise en vigueur qu'à partir de 2018 (incitations inchangées pour les salariés) et les mesures visant à améliorer la qualité des services de santé ne sont pas encore définies de manière harmonisée. Par ailleurs, dans certains domaines la réforme ne change pas le fond du système, comme dans le cas des incitations fiscales des assurances financées par les employeurs.

Couverture maladie « universelle »

Le second problème du système de santé est l'absence de couverture maladie universelle. En effet, à l'heure actuelle 15% de la population n'est pas couverte.

La réforme prévoit un certain nombre de mesures pour remédier de manière durable à ce problème. On peut décomposer le processus en deux parties :

Tout d'abord la réforme va agir sur les individus, avec principalement trois volets. Le premier volet concerne les personnes à faible revenu (i.e. les individus avec un revenu inférieur à 133% du seuil de pauvreté, cf. **Annexe 1**) qui deviendront éligibles au programme d'assurance Medicaid. Le second volet prendra la forme d'une aide financière via les subventions sur les primes des contrats d'assurance, allouées en fonction du revenu (**tableau 2**) pour inciter les individus à se couvrir à un coût raisonnable en fonction de leur revenu. Ce volet comporte également une refonte des montants « out of pocket » versés par les individus en fonction de leur revenu (**tableau 3**). Le troisième volet prendra la forme d'une pénalité infligée aux individus non couverts. Cette incitation par la sanction, possède également la particularité de donner un caractère obligatoire à la couverture médicale. Au final, ces trois volets devraient largement orienter l'arbitrage coûts/avantage de la couverture en faveur de la couverture médicale.

Tableau 2 Plafond des primes non-subsctionnées (versées par le ménage)	
Revenu en % du seuil de pauvreté	Montant max de la prime (en % du revenu)
> 133%	2
133-150	3 - 4
150-200	4 - 6,3
200-250	6,3 - 8,05
250-300	8,05 - 9,5
300-400	9.5

Sources: Kaiser Family, Natixis

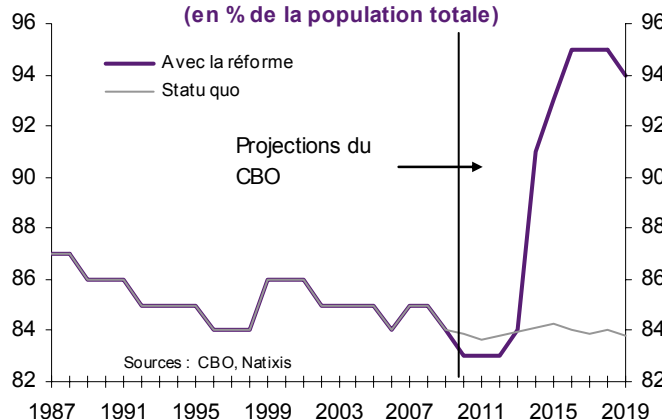
Tableau 3 Refonte des plafonds "out of pocket"		
Revenu, en % du seuil de pauvreté	Individus	Famille
100-200	1983\$	3967\$
200-300	2975\$	5950\$
300-400	3987\$	7973\$

Sources: Kaiser Family, Natixis

La seconde partie du processus concerne les entreprises de plus de 50 employés, auxquelles il sera demandé de fournir une couverture à leurs salariés, sous peine de sanction financière. Ces entreprises seront également contraintes de permettre aux employés avec un revenu inférieur à 400% du seuil de pauvreté qui le désirent de pouvoir bénéficier des programmes d'échanges (via un système de bons).

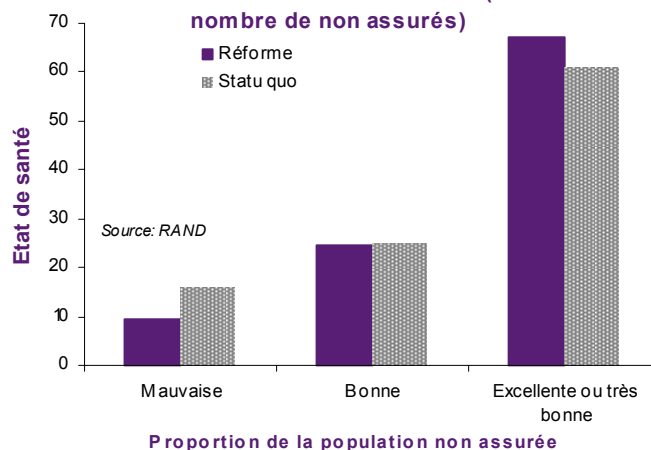
D'après les projections du CBO, au terme de la décennie, 94% de la population pourrait bénéficier d'une couverture médicale (**graphique 6**). Cette proportion tombe à 92% si on prend en compte les immigrants non déclarés.

Graphique 6
Nombre de personnes assurées
(en % de la population totale)



Cependant, d'après les estimations de l'institution Rand (organisation non partisane), après l'implémentation de la réforme, les individus sans couverture seront des individus plus jeunes, relativement plus riches et en meilleure santé que l'actuelle population non couverte (**graphique 7**). Cette prévision implique qu'il subsiste un arbitrage en défaveur de la couverture pour certains types d'individus (principalement les individus en bonne santé dont le revenu est équivalent à 300% du seuil de pauvreté, **Cf. Annexe**). Cela implique également une pression haussière sur les primes d'assurances pratiquées, puisque les pools d'assurance seront privés d'une catégorie d'agents en bonne santé.

Graphique 7
Proportion de la population non assurée en
bonne santé au terme de la réforme (en % du
nombre de non assurés)



En comparaison d'un statu quo, les résultats attendus de cette réforme constitueraient une avancée importante et un grand pas vers la couverture universelle. Demeure toutefois la question difficilement quantifiable de la qualité des soins qui seront fournis.

Viabilité du système à long terme

Le troisième problème du système de santé est sa viabilité à long terme. Le vieillissement de la population aux Etats-Unis, comme dans nombre de pays développés, est un facteur démographique qui aggrave les coûts liés au secteur de la santé. Comme évoqué ci-dessus, la réforme devrait produire une pression baissière sur les coûts directs et indirects du secteur de la santé, l'impact final étant toutefois difficilement quantifiable. Concernant Medicare, tout dépendra de l'efficacité du conseil chargé du monitoring des coûts et des effets attendus du centre d'innovation.

On peut néanmoins analyser les projections du CBO de dépenses et de recettes que la réforme va engendrer au cours des années 2010-19.

Impact sur le budget (estimations du CBO)

Du côté des coûts de la réforme, les dépenses se répartissent en trois catégories : les coûts liés à Medicaid et aux programmes d'assurance des enfants (434 Mds\$ sur 10 ans), les subventions et les dépenses associées aux procédures d'échange (464 Mds\$ sur 10 ans) et les crédits d'impôts accordés aux employeurs dont l'entreprise regroupe moins de 50 salariés (40 Mds\$ sur 10 ans). Le coût total devrait atteindre 938 Mds\$.

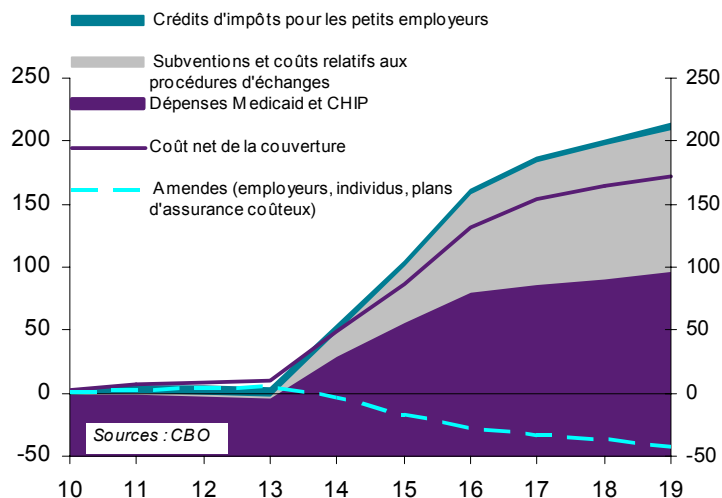
Concernant les recettes, les revenus devraient se répartir entre quatre postes : les pénalités infligées aux individus non assurés (17 Mds\$ sur 10 ans), aux employeurs (52 Mds\$ sur 10 ans), l'accise sur les plans d'assurance coûteux (32 Mds\$ sur 10 ans) et d'autres revenus divers (48 Mds\$ sur 10 ans, **Tableau 4**). L'impact positif sur les recettes devrait donc se chiffrer autour de 150 Mds de dollars.

Tableau 4	
Impact de la réforme de la santé sur le budget (estimation sur 10 ans)	
Dépenses	Mds\$
Dépenses Medicaid et CHIP	434
Subventions et dépenses associées aux procédures d'échange	464
Crédits d'impôts accordés aux petits employeurs (- de 50 salariés)	40
Total dépenses	938
Recettes	
Pénalités pour les individus non assurés	17
Pénalités pour les employeurs	52
Taxe d'accise sur les plans d'assurance Cadillac	32
Autres effets sur les revenus et les dépenses	48
Total recettes	149
Coût net	789

Source: CBO, Natixis

Au final, sur 10 ans le coût net de la réforme devrait atteindre 789 Mds de \$. A noter que la hausse significative des coûts débutera en 2014 (**Graphique 8**).

Graphique 8
Coût de la réforme de la santé pour le budget, Md\$



Pour conclure, la viabilité du système à long terme devrait rester un problème structurel. D'une part du fait de l'incertitude liée à la difficulté de mesurer l'impact que la réforme aura sur les coûts de Medicare. D'autre part, car le pays devra faire face au vieillissement de sa population.

Conclusion

Après de nombreux « rebondissements », le texte de loi sur la réforme de la santé est une victoire politique pour les Démocrates et le Président Obama. Pour la société américaine, cette réforme devrait répondre en partie aux problèmes structurels qui caractérisent le système de santé américain.

Pour résumer, on peut attendre de cette réforme :

- une hausse significative de la couverture médicale,
- une pression baissière sur les coûts,

Toutefois cette dernière proposition est difficilement quantifiable et le vieillissement de la population reste un problème de taille pour les pays développés, se faire une idée de la viabilité du système à long terme n'est donc pas aisé.

Au final, la mise en place de cette réforme sera très progressive et de nombreuses mesures prendront effet en 2014. De plus, les Républicains y étant fermement opposé, les tensions politiques ne seront guère apaisées pendant la décennie.

Annexe Définition du seuil de pauvreté aux Etats-Unis

Le seuil de pauvreté est calculé aux Etats-Unis par le « US Census Bureau » (<http://www.census.gov/>). Il retient une mesure absolue du seuil de pauvreté et est défini comme le seuil en deçà duquel les familles où les individus ne peuvent pas subvenir à leurs besoins dit « primaires » (alimentation, logement et habillement). Le seuil de pauvreté a été calculé une fois en 1963, en utilisant le coût du plan d'alimentation du département de l'agriculture (multiplié par trois). Par la suite, ce seuil a été ajusté de l'inflation chaque année (par le CPI for all urban consumers).

Le seuil de pauvreté varie en fonction de deux critères : l'âge et la taille de la famille (**tableau**). Les mêmes seuils sont utilisés pour le pays entier (pas de distinction entre les Etats).

Si le revenu total d'une famille est inférieur au seuil approprié :

- La famille est considérée comme pauvre
- Tous les membres de la famille ont le même statut
- Le statut des individus qui ne vivent pas avec les membres de la famille est évalué sur la base de leur propre revenu comparé au seuil approprié.

Part de la population dont le revenu est inférieur à 125% du seuil de pauvreté

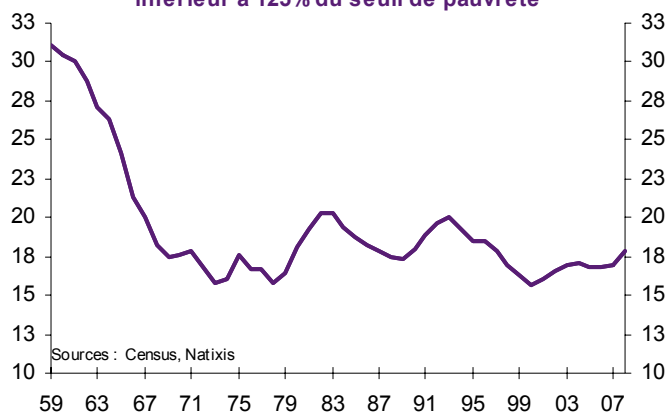


Tableau
Seuils de pauvreté en fonction de la taille de la famille et du nombre d'enfants à charge
(2008, revenu annuel en \$)

Taille de la famille	Seuil moyen pondéré	Enfants à charge de moins de 18 ans								
		0	1	2	3	4	5	6	7	8 et +
1 (unrelated individual)	10,991									
< 65 ans	11,201	11,201								
> 65 ans	10,326	10,326								
2	14,051									
Propriétaire < 65 ans	14,489	14,417	14,840							
Propriétaire > 65 ans	13,030	13,014	14,784							
3	17,163	16,841	17,330	17,346						
4	22,025	22,207	22,570	21,834	21,910					
5	26,049	26,781	27,170	26,338	25,694	25,301				
6	29,456	30,803	30,925	30,288	29,677	28,769	28,230			
7	33,529	35,442	35,664	34,901	34,369	33,379	32,223	30,955		
8	37,220	39,640	39,990	39,270	38,639	37,744	36,608	35,426	35,125	
9 et +	44,346	47,684	47,915	47,278	46,743	45,864	44,656	43,563	43,292	41,624

Source: Census Bureau.