

Etats-Unis

Le casse-tête de la santé

Le Quotidien du Médecin du : 29/10/2004

« *NOUS SOMMES le pays le plus riche du monde et le seul pays industrialisé à ne pas avoir de couverture santé pour ses enfants. (...) Cinq millions d'Américains ont perdu leur couverture santé sous la présidence de M. Bush.* » Le mercredi 13 octobre au soir, à l'occasion du dernier débat télévisé entre les deux candidats à la présidence des Etats-Unis, John Kerry, le sénateur démocrate du Massachusetts, n'a pas ménagé le président républicain sortant, George Bush, sur son bilan dans le secteur de la santé.

Primes en forte hausse (une assurance-maladie familiale, forcément privée - voir ci-dessous - coûte aujourd'hui 60 % plus cher qu'il y a quatre ans, soit près de 10 000 dollars (7 800 euros) sur lesquels les Américains doivent payer plus de 2 500 dollars (1 950 euros) de leur poche, le reste étant pris en charge par leur employeur), 15,6 % de la population (45 millions de personnes) sans couverture aucune - qui n'ont d'autre choix pour se soigner que de se présenter aux urgences publiques, ce qui coûte à l'Etat 1 000 dollars (780 euros) par tête et par an -, prix du médicament qui grimpe, poussant des Américains à s'approvisionner au Canada ou en Europe... : la situation n'est effectivement pas brillante et les experts s'attendent à ce qu'elle s'aggrave encore, le coût des soins ne cessant de croître outre-Atlantique comme ici sous l'effet conjugué du progrès médical et de l'allongement de la durée de la vie.

Symptôme presque cocasse de la crise que traverse le système : la pénurie de vaccins antigrippaux qui, il y a quinze jours, a fait parler d'elle en plein battage électoral. Le monde entier aura pu voir des files d'attente d'Américains soucieux de se faire vacciner et entendre le président appeler ses compatriotes à la raison - « *Faisons tout notre possible pour que les personnes âgées et les jeunes enfants soient en priorité vaccinés.* » Drôle de discours au pays de l'opulence - la faute à la justice, a expliqué George Bush, pour qui la plupart des laboratoires américains ne fabriquent plus de vaccins contre la grippe de peur d'être poursuivis devant les tribunaux.

L'économie en danger.

Alors, l'assurance-maladie aura indéniablement été un thème important de cette campagne électorale. Au nom de la santé publique et au nom de l'économie au sens large. Car en terre de libre échange, la crise du système inquiète les milieux d'affaires pour lesquels le dérapage des coûts de couverture médicale dans les entreprises est néfaste à l'économie, en sapant la compétitivité des sociétés américaines dans le monde. George Bush est apparu sur ce dossier de la santé plutôt sur la défensive, peinant à mettre en avant la réforme de Medicare (l'assurance santé publique des personnes âgées) qu'il a fait voter en décembre dernier. Une loi qui ne s'appliquera qu'en 2006 et qui prévoit le remboursement des médicaments pour les retraités suivant un système complexe de cotisations, de prise en compte des revenus et de plafonnements. Quant à John Kerry, il a su faire de la santé un thème plutôt porteur - les sondages ont révélé que c'était le domaine dans lequel les électeurs faisaient le plus confiance au candidat démocrate - mais il a tiré les leçons de l'échec du plan Clinton (qui, en 1994, a tenté en vain de mettre en place un dispositif d'assurance-maladie universelle) et revu les ambitions de son camp à la baisse.

Un terrain d'affrontement pour démocrates et républicains

SOURCE D'UN MALAISE national, la question de l'accès à la santé aux Etats-Unis a conduit les deux candidats à la Maison-Blanche à détailler leur programme non sans attaquer l'adversaire, parfois de façon très agressive.

Présidente du parti démocrate en France, Constance Borde n'a pas de mots assez durs pour dénoncer le « *désastre* » de quatre années de présidence Bush. « *La situation du système de santé était difficile ; elle est devenue catastrophique* », déclare-t-elle au « Quotidien ». Il est vrai que l'explosion du prix des médicaments et le dérapage du coût moyen d'une assurance ont donné du grain à moudre au camp démocrate. « *Il devient impossible pour une famille américaine de la classe moyenne de s'assurer* », explique Constance Borde. John Kerry, qui a tenu un discours offensif sur ce thème

porteur, propose quelques mesures de rupture. Le budget fédéral subventionnerait *via* un nouveau fonds une partie du coût des assurances médicales offertes par les entreprises (en assumant les frais induits par les pathologies les plus coûteuses) et financerait la couverture intégrale d'une grande partie des Américains qui en sont privés (enfants des familles pauvres et non couverts par Medicaid, adultes défavorisés sans enfants...). Jusqu'à 27 millions de personnes seraient concernées par ces mesures, pour un investissement compris entre 650 et 900 milliards de dollars sur dix ans (de 507 à 702 milliards d'euros). « *Kerry veut que le maximum d'Américains - au moins 95 % - soient couverts pour leur santé, dont chaque enfant, ce n'est pas la priorité de Bush* », résume Constance Borde. John Kerry a même utilisé comme slogan de campagne le « *droit* » de chaque Américain à une assurance « *accessible et abordable* ».

Couvertures publiques et assurances privées

Aux Etats-Unis, le système d'assurance-maladie est jeune - John Kennedy l'a, en partie, « inventé » au début des années 1960. Il est dual, se divisant entre fonds publics et compagnies d'assurance privées.

Les programmes de financement publics ne correspondent pas, comme en France, à une assurance-maladie collective ; ils sont à destination spécifique des personnes âgées (c'est « Medicare »), des défavorisés (« Medicaid »), des anciens combattants, des Indiens et des fonctionnaires. Ces programmes publics pèsent lourd dans le PIB des Etats-Unis (7 %) - l'ensemble des dépenses de santé représentant près de 15 % de ce même PIB, soit ... 1 600 milliards de dollars (1 248 milliards d'euros).

Du côté des assureurs privés, pas de mutuelles comme en France : le marché est uniquement concurrentiel. Afin d'endiguer la hausse des dépenses, les MCO (managed care organizations) se sont considérablement développées ces dernières années, devenant « le » mode d'organisation de l'assurance santé aux Etats-Unis. Les MCO lient un réseau de prestataires de soins à un assureur, l'idée étant, face à la hausse galopante des dépenses de santé aux Etats-Unis, de rationaliser la gestion de la chaîne des soins ; elles regroupent les HMO (health management organizations, peu coûteuses mais contraignantes, avec un généraliste référent, des spécialistes agréés, des attentes avant consultation souvent longues...), les PPO (preferred provider organizations, dont les primes sont plus élevées mais où le choix des médecins est libre au sein - ou en dehors, c'est alors plus cher - d'un réseau agréé, et où le ticket modérateur est aussi plus élevé qu'en HMO), les POS (points of service, à mi-chemin entre HMO et PPO). Dans le cadre des MCO, les Américains souscrivent à des plans à titre individuel ou, le plus souvent, par le biais de leur société (ou de leur université...). Hors MCO existent toujours des couvertures de santé privées « classiques », ressemblant à ce qui existe en France mais sans contrôle de l'Etat : n'y adhèrent plus que 10 % des assurés alors que 90 % sont dans des MCO.

Au total, aujourd'hui, un peu plus de 85 % de la population des Etats-Unis est assurée : 83 % par le biais des assurances privées (73 % *via* l'emploi) ; près de 30 % *via* les assurances gouvernementales - plus de 15 % par Medicare, 13 % par Medicaid et près de 4 % chez les militaires (1). Quarante-cinq millions de personnes - dont 8 millions d'enfants - n'ont pas d'assurance-maladie ; pour la majeure partie d'entre elles, elles ne sont ni pauvres ni au chômage mais employés des petites entreprises, agents contractuels des services publics ou travailleurs à temps partiel.

(1) Si les comptes ne sont pas ronds, c'est que les assurances ne sont pas exclusives et qu'il n'est pas rare, par exemple, qu'un bénéficiaire de Medicare ait une assurance complémentaire pour les biens médicaux ou pharmaceutiques.

Autre plaidoyer démocrate : la légalisation de la réimportation de médicaments en provenance du Canada où ils sont nettement moins chers. Selon John Kerry, qui accuse l'administration Bush de céder au lobby pharmaceutique, cette décision apporterait en particulier un « *vrai soulagement* » aux seniors. Mais c'est finalement un autre choix de société, incluant un « *haut niveau de santé pour tous* », que prônent les démocrates. « *Bush a baissé les impôts des plus riches, il a donné la priorité à la guerre qui demande des sacrifices et, dans le même temps, on a une pénurie de vaccins contre la*

grippe, analyse Constance Borde. Il est possible de remplacer des baisses d'impôt par une politique de santé au bénéfice du plus grand nombre. »

Les comptes d'épargne de Bush.

La stratégie de George W. Bush a d'abord consisté à attaquer le programme « santé » de son rival. Il a dénoncé un plan « incroyablement coûteux et inefficace » qui, selon lui, laisserait l'assurance-maladie dans les mains de l'Etat fédéral et priverait les Américains de toute liberté de choix. « *Bush terrorise le pays, il est dans la caricature* », se défend Constance Borde. Mais l'actuel président s'est également efforcé de défendre sa réforme de Medicare, l'assurance-maladie pour les plus de 65 ans, qui doit offrir pour la première fois un remboursement partiel des médicaments sur ordonnance à partir de 2006. En attendant, les seniors américains peuvent demander une carte accordant de très faibles remises pour l'achat de certains médicaments. Pour le reste, le programme républicain renforce la loi du marché. Il propose de multiplier les avantages fiscaux incitant les Américains à se doter de comptes personnels d'épargne « santé » exonérés d'impôt, chaque citoyen restant libre de financer un plan d'assurance de son choix. Le pari affiché est que la concurrence généralisée abaisserait le coût des primes et des médicaments.

« Le système français est bien supérieur »

Pour le Dr John Relland, chirurgien à l'Hôpital américain de Neuilly, l'assurance-maladie en France est presque luxueuse, comparée au modèle américain.

LE QUOTIDIEN - Quelles sont selon vous les différences majeures entre les systèmes de santé américain et français ?

Dr JOHN RELLAND - Tout d'abord, votre système couvre la totalité de la population française ; ce n'est pas le cas aux Etats-Unis. Par ailleurs, votre système couvre non seulement les soins médicaux et l'hospitalisation, mais aussi les médicaments ; aux Etats-Unis, les assurances ne comprennent que rarement le remboursement des médicaments qui sont beaucoup plus chers qu'en France. Enfin, en France on peut aller se faire soigner où on veut et les soins sont pris en charge ; pas aux Etats-Unis car on y est généralement assuré par un groupe privé qui ne vous donne ni le choix du médecin ni celui de l'hôpital.

Comment fait-on aux Etats-Unis pour se faire soigner quand on n'a pas de couverture sociale ?

Les hôpitaux à but lucratif, qui constituent la majorité des hôpitaux aux Etats-Unis, peuvent refuser de vous soigner si vous ne pouvez pas payer et vous serez transféré dans un hôpital public. Si vous n'avez pas d'argent, vous serez soigné gratuitement, mais si vous avez des ressources financières, même modestes, vous devrez payer des soins extrêmement coûteux, qui pourront vous conduire à la faillite personnelle.

Les assurances américaines peuvent-elles refuser un soin à un assuré ?

Vous touchez là un point sensible. Les assurances américaines délivrent un accord préalable avant les soins, la durée prévue d'hospitalisation pourra y être basée sur une analyse des coûts, et elle sera respectée quelles que soient les complications ultérieures. Les compagnies d'assurance pèsent de tout leur poids sur les décisions de durée d'hospitalisation, et même de choix de soins. En France, vous avez le luxe de pouvoir être hospitalisé pour une durée qui correspond à une analyse de vos besoins médicaux.

Le patient que vous êtes préfère-t-il être assuré social en France ou aux Etats-Unis ?

D'un point de vue d'équité sociale, le système français est bien supérieur au système américain, et je ne comprends pas que le pays le plus riche du monde n'ait pas un système de santé qui couvre ses citoyens. Je trouve cette situation aberrante.

Avez-vous un pronostic pour le 2 novembre ?

J'ai bien peur que Bush ne soit réélu. Bien qu'il ait des lacunes, qu'il soit dyslexique, qu'il souffre d'un déficit d'attention, c'est quand même un type très intelligent et extrêmement démagogue, il plaît à l'Amérique profonde.

« Trop de procès ! »

BILL BLANK s'appête à aller écouter George Bush. Le président des Etats-Unis, candidat à sa propre succession, tient un meeting électoral à La Crosse, dans le Wisconsin, près de chez ce jeune retraité de l'ophtalmologie. Un événement qui ne se rate pas, même si le Dr Blank, 62 ans, redoute par avance que le sujet de la santé ne soit pas à l'ordre du jour de ce rassemblement (1).

Car si l'assurance-maladie est indéniablement un des thèmes de cette campagne, elle en est, estime Bill Blank, un thème mineur. Dommage. Car « *on a besoin d'en parler plus.* » Sans faire de catastrophisme - « *Il y a des problèmes, oui, mais y a-t-il une "crise" ? Je n'en suis pas certain* » -, cet ophtalmologiste réputé, qui a fini sa carrière à la clinique Gundersen de La Crosse, pense que certaines vérités sont aujourd'hui bonnes à dire : « *Aux Etats-Unis, actuellement, on ne s'intéresse pas beaucoup à la qualité de la médecine ; ce qui importe, c'est son prix !* »

Le Dr Blank analyse les dernières évolutions du système du point de vue du médecin mais aussi du point de vue du patient potentiel qu'il est, inscrit dans une HMO. « *Si je dois un jour me faire opérer, explique-t-il, il faudra que j'aille à La Crosse, pas dans la clinique Mayo, de Rochester. Cet établissement mondialement connu n'est pas loin de chez moi, mais il ne figure pas dans mon contrat.* »

Dans ses habits de médecin, Bill Blank fait preuve de philosophie. Certes, dit-il, la politique du « *managed care* » a compliqué la vie des médecins en réglementant leur pratique à outrance - « *choisir un médicament, dire combien de temps un patient doit être hospitalisé... tout est désormais codifié ; cela n'existait pas quand j'étais jeune médecin et que la plupart d'entre nous avions un bureau privé* » - mais les médecins s'y sont faits. La multiplication des procès intentés aux spécialistes - et, partant, la hausse vertigineuse de leurs primes d'assurance - est une autre paire de manches : plus que de regretter une liberté perdue, les médecins américains souffrent aujourd'hui de la judiciarisation de leur pratique. Le Dr Blank en est certain qui montre du doigt le colistier de John Kerry, l'avocat multimillionnaire John Edwards, spécialiste de la traque aux dommages et intérêts : « *Cet homme a fait fortune avec des procès contre des médecins !* », s'emporte notre ophtalmologiste dont on devine qu'il n'apprécierait que modérément de voir ce symbole vivant franchir la porte de la Maison-Blanche sur les talons de John Kerry.

(1) *Finally, le candidat républicain profitera de ce meeting à La Crosse pour évoquer la question des procès faits aux obstétriciens et celle des difficultés rencontrées par les petites entreprises pour payer les contrats d'assurance-maladie de leurs employés.*

KERVASDOUE : DES MEDECINS « MIEUX PAYES » MAIS A LA LIBERTE « REDUITE »

Expert en économie sanitaire, Jean de Kervasdoué examine les avantages et les échecs du système américain. Sans oublier les contraintes qui pèsent sur les médecins aux Etats-Unis.

LE QUOTIDIEN - D'une manière générale, la situation des médecins américains, qui exercent dans le cadre de réseaux intégrés liés à un assureur, est-elle plus enviable que celle des médecins français

JEAN DE KERVASDOUE - Disons très simplement deux choses : les médecins américains sont en moyenne très sensiblement mieux payés que leurs confrères français. Mais après l'échec de la réforme Clinton, ils ont perdu à la fois la liberté d'honoraires - en 1990, 90 % des revenus des médecins américains venaient du paiement à l'acte, aujourd'hui, c'est à peine 30 % - et la liberté de prescription, désormais fortement réduite en raison des recommandations des assureurs et « *guidelines* » que les médecins doivent suivre. Ajoutons que dans de nombreux Etats, on publie des statistiques non seulement par hôpital mais par médecin. Cette transparence, qui n'a pas d'équivalent en France, conduit à mettre, disons, une certaine pression sur les praticiens. D'autres contraintes existent : dans une trentaine d'Etats, pour des raisons de conflit d'intérêt, on interdit aux médecins, chirurgiens, obstétriciens... de contrôler plus de 10 % des capitaux des cliniques ou des laboratoires de biologie. Dans certains Etats, le seuil est même zéro.

Les systèmes de managedcare n'ont-ils pas tendance à sélectionner les patients en bonne santé ?

C'est tout le débat sur les HMO. La législation américaine a pour objet de limiter cette sélection des patients. En fait, quand on analyse le système d'assurance santé américain, on constate une très grande complexité législative et une très grande diversité. Il est donc impossible de répondre de manière simpliste.

Les réseaux de type HMO ont-ils permis de contenir l'augmentation des dépenses ?

Clairement oui, mais au début seulement, dans les années 1990. Il faut préciser que la population qui choisit les HMO, réseaux les plus intégrés, accepte déjà une certaine discipline ; ce n'est donc pas n'importe qui. Reste que l'engouement pour les HMO s'est beaucoup atténué. D'autres types de réseaux, plus flexibles, se développent, dont le point d'entrée est le médecin choisi par le patient. Les HMO ont également fait quelques erreurs majeures dont certaines sont assez drôles : dans leurs

comptes, les HMO cotés en bourse appelaient « medical losses » (pertes médicales) les remboursements aux médecins et aux hôpitaux. Cela a provoqué un tollé.

Aux Etats-Unis, les dépenses de santé totales représentent près de 15 % du PIB. Mais 45 millions d'Américains ne sont pas assurés pour la maladie. N'est-ce pas le principal échec de ce système ?

En ce sens-là, le système américain est effectivement le pire ! Le nombre des personnes sans couverture atteint même 80 millions si l'on tient compte des gens n'ayant pas eu d'assurance pendant une période de l'année. Ce sont souvent des gens relativement jeunes, pas forcément très pauvres, mais qui occupent des emplois précaires dans l'artisanat, des restaurants, des stations-service... C'est le premier échec du système de santé américain.

Ce qui n'empêche pas les Etats-Unis d'être un très grand pays de recherche, qui représente 45 % du marché du médicament et des techniques médicales, qui a de grands hôpitaux et des institutions excellentes. Mais ils dépensent pour la santé presque deux fois plus que nous en proportion, et surtout trois fois plus que les Anglais, pour des indicateurs de santé globalement moins bons que ceux enregistrés outre-Manche. Dans son classement 2000 des systèmes de santé les plus performants, l'OMS classait les Etats-Unis au... 37e rang. On constate par ailleurs une accélération récente de leurs dépenses qui résulte principalement du « cadeau » incroyable de la famille Bush à l'industrie pharmaceutique : la publicité grand public des médicaments. Depuis trois ans, on observe des taux de croissance proches de 20 % de certains produits. Enfin, les coûts de gestion de leurs systèmes d'assurance santé sont considérables : en France, quand nous cotisons « 100 », nous reversons « 94 » aux médecins, aux hôpitaux et à la pharmacie alors que les Américains ne reversent que « 85 ». Ces coûts de gestion s'expliquent : la Sécu ne fait pas de pub alors que les réseaux américains en situation de concurrence en font.

Quelles leçons tirer du système de santé américain ? Peut-on transposer certaines idées en France ?

On peut toujours apprendre des autres. Mais la comparaison des deux systèmes avec des critères simples comme le coût et l'efficacité n'est certainement pas à l'avantage des Etats-Unis. Pour autant, la France ne doit pas en tirer le moindre « cocorico ». Nous sommes avec eux, en ajoutant l'Allemagne, même si ce pays fait actuellement un effort dans ce domaine, parmi les grands pays incapables de contrôler leurs dépenses. D'autres systèmes y parviennent sans invoquer le vieillissement de la population ou le progrès technique.