

Vue de l'hexagone, l'organisation américaine du système de santé paraît souvent très éloignée du schéma égalitaire et protecteur qui fait de l'assurance maladie française l'un des piliers du contrat social. Vue de l'autre rive de l'Atlantique, notre assurance maladie est largement incomprise, elle y est perçue par beaucoup comme une ingérence intolérable dans la vie privée des individus. D'où l'image aux États-Unis d'un système de santé français, très collectif et public, et en France d'un système de santé américain fondamentalement individualiste et privatisé. Pourtant leur comparaison ne manque pas de surprendre. Le système de santé français paraît plus proche de celui des États-Unis que de ceux de ses voisins suédois ou anglais. Ce mouvement apparent de convergence ne doit pourtant pas être surestimé [1].

## Regards croisés sur les systèmes de santé américain et français

Didier Tabuteau<sup>1</sup>, Victor Rodwin<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Directeur de la Chaire Santé de Sciences Po, Paris, France

<sup>2</sup> Professor of Health Policy and Management, Robert F. Wagner Graduate, School of Public Service, New York University, New York, États-Unis

**P**aradoxal système de santé américain ! Eldorado du libéralisme médical et creuset de l'épidémiologie et de la santé publique, il représente au gré des dispositifs mis en place dans les différents États fédérés et des initiatives professionnelles ou assurancielles un singulier laboratoire d'expérimentations. Les chercheurs et les analystes peuvent y trouver presque tous les modèles d'organisation sanitaire imaginables ! Les thuriféraires du secteur privé lucratif et coté en bourse peuvent souligner le dynamisme d'un secteur qui compte 10 % des lits hospitaliers pour

malades aigus et deux tiers de l'offre des MCO [Encadré 1]. Les promoteurs d'une médecine socialisée ou même d'un système intégré de santé peuvent se réclamer de l'organisation sanitaire dédiée aux anciens combattants, la *Veterans Health Administration* (VHA) dont les vertus sont soulignées *urbi et orbi* ! Les tenants d'une assurance-maladie obligatoire peuvent invoquer l'exemple du système de prise en charge pour les personnes âgées (*Medicare*) [Encadré 2]. Enfin, pour ceux qui sont séduits par les ressorts de la concurrence pure et dure et le financement intégral des soins par les patients, ils peuvent en

constater les effets directs à travers l'expérience quotidienne des 16 % de la population sans assurance maladie.

Vue de l'hexagone, l'organisation sanitaire américaine paraît aux antipodes du schéma égalitaire et protecteur qui fait, en France, de l'assurance maladie l'un des piliers du contrat social. Elle tolère des inégalités, et même des situations d'exclusion des soins, incompatibles avec un État-providence minimal. En 2010, le recensement américain estimait que plus de 50 millions d'américains étaient dépourvus d'assurance maladie [2]. Des centaines de milliers d'Américains sont tombés dans le

## Encadré 1. Les MCO (Managed Care Organisations) aux États-Unis.

**L'assurance maladie privée aux États-Unis comprend environ 1.300 assureurs. Les 25 compagnies les plus grandes détiennent presque deux tiers du marché (<http://health.usnews.com/health-plans/national-insurance-companies>). La grande majorité des bénéficiaires des produits divers de cette industrie souscrivent à des MCO qui leur proposent des réseaux plus ou moins intégrés de médecins et d'hôpitaux. Plus le choix du praticien est souple au sein du MCO, plus ils sont coûteux pour l'assuré.**

## LA PERFORMANCE DES SYSTÈMES

En 2000, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié un palmarès des systèmes de santé dans le monde [5]. Cette évaluation des systèmes de santé reposait sur trois indicateurs principaux : l'état général de la santé des populations (mesuré par l'espérance de vie ajustée par le taux d'incapacité de la population), la réactivité du système au bénéfice des malades (qualité de l'accueil et de l'écoute),

dénuement financier à cause des factures reçues des hôpitaux et des médecins. L'Institut américain de Médecine estime que plus de 18 000 personnes meurent chaque année faute d'avoir pu recevoir les soins qui pouvaient les sauver [3].

Vue de l'autre rive de l'Atlantique, la Sécurité Sociale française est très souvent incompréhensible. Elle y est perçue par beaucoup comme une ingérence intolérable dans la vie privée des individus, une atteinte à leur liberté, une immixtion dans l'exercice de leurs responsabilités pour protéger leur santé. Ainsi, la réforme Obama, qui oriente modestement le système de santé américain vers les modèles européens, divise-t-elle profondément la population américaine.

En résumé, aux États-Unis le système de santé français est vu comme très collectif et public, soutenu par un État envahissant, et en France le système de santé américain est perçu comme fondamentalement individualiste et privatisé. Pourtant leur comparaison ne manque pas de surprendre. En France, depuis la Révolution, l'État et les docteurs en médecine sont en opposition, et au cours du XIX<sup>e</sup> siècle, la France a, progressivement et implicitement délégué au corps médical l'organisation du système de santé et fait le choix du privé dans le domaine de la santé [4]. Hormis le service public hospitalier, c'est aussi le même pays qui a développé une offre de soins où le secteur privé tient la place la plus importante avec 59 % de médecins libéraux farouchement individualistes et une activité hospitalière réalisée par les cliniques privées plus élevée que dans la plupart des pays occidentaux et qui est même supérieure à celle des hôpitaux publics pour la chirurgie. Les États-Unis ont, au contraire, déve-

## Encadré 2. L'assurance maladie publique aux États-Unis.

**En 1965, le gouvernement Johnson crée deux systèmes d'assurance maladie obligatoire, financés par l'impôt et les cotisations, pour solvabiliser le recours aux soins des personnes âgées ou gravement handicapées (Medicare, environ 13 % de la population) et des populations défavorisées (Medicaid, environ 20 % de la population aujourd'hui).**

loppé des dispositifs étatiques de protection de la santé publique qui ont pendant longtemps fait défaut en France. Ainsi, ce pays, réputé si méfiant à l'égard de l'intervention étatique, a organisé au niveau fédéral, la FDA<sup>1</sup>, en 1906 et le CDC<sup>2</sup> en 1942. Un second tournant décisif a été pris au sortir de la Seconde guerre mondiale, puis dans les années 1960-1970, avec la décision du gouvernement fédéral d'investir massivement dans le domaine de la santé. Pas pour l'organisation des soins, mais pour développer l'enseignement en santé, la formation en médecine, et surtout la recherche biomédicale, y compris l'enseignement et la recherche en santé publique et en épidémiologie. Autant de domaines dans lesquels les Américains, non seulement ne contestent pas l'intervention de l'État, mais la plébiscitent même. D'où l'établissement d'une véritable dichotomie politique entre le système de soins relevant, en grande partie, de l'initiative privée et la recherche biomédicale ainsi que la santé publique placées sous l'égide de l'État comme en témoignent les financements publics majeurs dont bénéficient le FDA, la VHA, les NIH<sup>3</sup> et les CDC au niveau fédéral et tous les départements de santé publique au niveau de chaque État fédéré.

et l'équité dans le financement des soins. La synthèse de ces critères, à l'aide d'un modèle tenant compte du niveau global de dépenses de santé, a eu un retentissement considérable dans le monde. Elle a pourtant été très contestée sur le plan scientifique tant en raison de sa méthodologie (les critiques portant sur le fait que ce rapport comparait l'état de santé des populations et non pas la performance des systèmes de santé) que des données utilisées [6]. Il est vrai qu'il est toujours difficile de comparer la performance relative des systèmes de santé. L'exercice serait pourtant instructif pour la France et les États-Unis. La population française affiche, en effet, un bon état de santé général, à l'exception de sa mortalité prématurée<sup>4</sup> par rapport aux autres pays européens. En ce qui concerne le recours aux soins primaires<sup>5</sup> permettant de réduire les hos-

1. Food and Drug Administration : administration américaine des denrées alimentaires et des médicaments.

2. Communicable Disease center (jusqu'en 1946) puis Center for Disease Control (jusqu'en 1970). Il existe maintenant plusieurs Centers for Disease Control and Prevention qui sont des agences gouvernementales américaines en matière de protection de la santé publique.

3. National Institutes of Health : Instituts gouvernementaux américains qui s'occupent de la recherche médicale.

4. Décès survenant avant 65 ans ou 75 ans.

5. Soins de première ligne comme les médecins généralistes.

pitalisations évitables<sup>6</sup>, la France accuse de résultats très satisfaisants [7]. Enfin, elle est le mieux classée parmi les pays de l'OCDE pour la mortalité évitable<sup>7</sup> qui dépend en partie du fonctionnement du système de soins [8].

Le système de santé français n'est sans doute pas excellent, mais il donne globalement de bons résultats. Néanmoins, lorsqu'on analyse certains de ses modes de fonctionnement, dans le domaine des bonnes pratiques, que ce soit par exemple pour les analyses de biologie médicale de l'Hb1Ac nécessaire pour contrôler le diabète ou pour le retour d'information des médecins hospitaliers vers les médecins généralistes [9], on se demande comment il arrive à être aussi performant !

Concernant le principe d'égal accès aux soins, quelle que soit la situation sociale du patient, il paraît relativement bien respecté en France, du moins pour les traitements mis en œuvre. Dans un centre anticancéreux par exemple, le malade se verra appliquer, qu'il soit cadre supérieur ou ouvrier, les mêmes protocoles de traitement pour une pathologie similaire et aura accès aux mêmes plateaux techniques. Cela est moins vrai pour l'accès au système de soins et la détection des pathologies, du fait d'attitudes socioculturelles mais aussi d'obstacles financiers comme les forfaits, franchises, tickets modérateurs ou dépassements d'honoraires qui peuvent retarder la prise en charge médicale.

Quant à l'Amérique, elle est souvent perçue en France comme le pays où, pour forcer le trait, « il vaut mieux être jeune, riche et en bonne santé que vieux, pauvre et malade ». Vision hexagonale nourrie du principe d'égalité qui est affirmé avec solennité dans la législation sanitaire et sociale et que heurte l'approche pragmatique et individualiste prévalant aux États-Unis. Certes les bénéficiaires de *Medicaid* sont soignés en suivant les mêmes protocoles lorsqu'ils sont pris en charge, que les bénéficiaires des assurances privées, mais le problème majeur est d'être pris en charge par le système et notamment d'avoir accès aux soins primaires ! C'est bien évidemment la hantise des Américains sans assurance-maladie. Cela peut également être compliqué pour des personnes assurées, car si en principe tous les malades ont accès aux mêmes traitements, un établissement hospitalier véri-

fie en général, sauf en cas d'urgence, avant d'admettre un patient non seulement qu'il est assuré mais également que l'assurance prend en charge les soins proposés. C'est la « biopsie du porte-monnaie ». Si ce n'est pas le cas, la facture incombe au malade !

## LES ÉTONNANTS SURCÔÛTS DU SYSTÈME AMÉRICAIN

Dans l'exercice délicat de la comparaison entre la France et les États-Unis en matière de santé, la question des dépenses respectives des deux systèmes s'impose. D'abord parce que les deux pays sont réputés dispendieux dans ce domaine : ils occupent les deux premières places du classement mondial de la part de la richesse nationale – le PIB – consacrée à la santé. Mais dans ce face à face entre le champion et le vice-champion du monde, l'écart est vertigineux : le système de santé américain dépense deux fois plus que le système de santé français par habitant [10]. Comment s'explique cette différence ?

La première explication du surcoût américain tient au niveau des prix, nettement plus élevés qu'en France, pour tous les biens et services, pour les médicaments, les salaires ou les honoraires des professionnels de santé, les frais hospitaliers [11]. L'autre explication se trouve dans l'organisation et le fonctionnement du système : le recours aux technologies biomédicales (IRM, scanner...), le nombre très élevé de lits de soins intensifs ou encore l'importance des effectifs infirmiers par lit hospitalier. Enfin, troisième facteur de surcoût du système américain, son administration. Si les frais de gestion de l'Assurance maladie sont souvent brocardés en France et regardés comme prohibitifs, ils ne représentent que 4 % des dépenses, quand ce taux est à 7.5 % en moyenne pour les assurances santé aux États-Unis ! Et si l'on ajoute les coûts administratifs liés à la gestion du risque des établissements hospitaliers et au *managed care* des assurances privées, le chiffre s'établit à près de 20 %. Contrairement à une image convenue en Europe, l'Amérique est sans doute le pays dans lequel l'administration du système de santé est la plus envahissante. La fragmentation du système d'assurance-maladie en une multitude de payeurs diffé-

rents, engendre des coûts administratifs considérables [12].

À l'inverse, on peut estimer que le système français est sous administré en ce qui concerne la gestion de la médecine elle-même. Il est pour le moins absurde que des médecins, après une formation longue et exigeante, doivent s'acquitter de tâches administratives. Cela plaide en faveur de cabinets organisés de manière collective, avec un secrétariat assumant les tâches non médicales (télétransmission, tenue et suivi de dossiers, etc.) et dégageant ainsi du temps médical pour les professionnels de santé.

On aborde là ce qui ne peut manquer d'apparaître comme le paradoxe le plus étonnant de cette confrontation des systèmes de santé américain et français. La France, pays colbertiste et matrice de grands services publics, n'a pas su mettre en place jusqu'à une date récente une organisation de la santé publique digne de ce nom. Dans le même ordre d'idées, la France a mis en place pour son assurance maladie un service monopolistique mais sous un statut de droit privé, dont la gestion est confiée aux partenaires sociaux.

De manière symétrique, les États-Unis, pays du libéralisme et de l'individualisme ont construit des administrations de la santé publique prestigieuses et interventionnistes. En effet, dans ce monde mû par l'idée de la concurrence, il a fallu introduire un peu d'ordre ! Pour que le système américain fondé sur l'action privée fonctionne, sans tomber dans un « fondamentalisme capitaliste brutal », l'État fédéral a été conduit à réglementer et à investir des fonds publics. Pour la santé publique mais également pour la régulation des assurances santé. Cela a notamment pris la forme d'une structure d'information commune développée pour la comptabilité analytique des institutions et le transfert des informations nécessaires pour la gestion du risque aux compagnies d'assurance maladie. À travers cet *uniform reporting system*, hôpitaux et médecins transmettent des données administratives, financières et médicales aux assureurs qui leur permettent de gérer leurs programmes.

6. Pathologies pour lesquelles une prise en charge ambulatoire appropriée devrait rendre évitable le séjour hospitalier.

7. Mortalité prématurée liée à la prise en charge par le système de soins – aussi bien le dépistage, que les soins primaires et spécialisés.

## LES POUVOIRS DE LA MÉDECINE

Le pouvoir médical en France et aux États-Unis présente des visages différents. Ainsi l'Amérique a-t-elle une forte tradition syndicale dans beaucoup de secteurs de production, à l'exception du domaine de la médecine, à l'inverse de la France. Certes la puissante *American Medical Association*, l'AMA n'est pas sans influence, mais elle n'est pas un syndicat considéré comme représentatif des médecins par l'État fédéral. D'ailleurs, l'organisation de la profession est à l'image du système de santé, plutôt fragmentée et décentralisée. C'est au niveau local, dans chaque état, que les médecins négocient avec les assureurs les modalités de leur exercice.

Si le syndicalisme médical n'existe pas vraiment aux États-Unis, en revanche le *lobbying* médical y est fortement développé. Organisé pour défendre les intérêts corporatistes des diverses spécialités médicales, il cherche à influencer sur le vote des lois, à Washington ou dans chaque état. Dès qu'un projet de législation peut mettre en cause les intérêts d'une catégorie de médecins, l'AMA et d'autres organisations, y compris certaines associations représentant les patients concernés, interviennent pour la défense de leurs intérêts auprès des parlementaires. En revanche, il n'y a pas d'équivalent de l'Ordre des médecins aux États-Unis où l'agrément pour exercer la médecine est donné par chaque État.

## LE TEMPS DES RÉFORMES

Par bien des aspects, le système de santé français paraît donc plus proche de celui des États-Unis que de ceux de ses voisins suédois ou anglais. En outre, les réformes conduites depuis le milieu des années 2000 en France, tendent à rapprocher les secteurs publics et commerciaux d'hospitalisation et à donner une place croissante aux assurances complémentaires dans la couverture sociale. Parallèlement la loi Obama en faisant obligation aux employeurs (entreprises de plus de cinquante salariés) de contribuer à la couverture santé de leurs employés et en prévoyant une affiliation individuelle obligatoire, sous peine d'amende, à une assurance santé dès 2014, rapproche le système de santé américain des modèles européens de protection sociale. Ce mouvement apparent de convergence ne doit pourtant pas être surestimé, les cultures face au risque maladie restent fondamentalement différentes, les perceptions collectives de l'équilibre entre la liberté et la sécurité dans le contrat social ne se rejoignent guère.

Malgré tout, les deux pays sont confrontés à des problématiques analogues. L'évolution des dépenses de santé et leur financement par les prélèvements obligatoires, cotisations sociales ou impôts, font de leur croissance un sujet de débat politique et social, un objet de controverses, avec en toile de fond les déficits des administrations publiques, la pression des prélève-

ments fiscaux ou sociaux ou le rôle de l'État dans la politique de santé. Quelles que soient leurs différences, les systèmes américains et français devront relever à l'avenir des défis communs, ceux de la mutation des professions de santé, du développement des systèmes d'information, de la sélectivité des systèmes de remboursement, de l'efficience de l'organisation des soins, des enjeux nouveaux de la prévention, de la mondialisation de la santé et de la réponse aux crises sanitaires. ■

### RÉFÉRENCES

- [1] Tabuteau D, Rodwin V. *À la santé de l'oncle Sam*. Paris : Éditions Jacob-Duvernet, 2010.
- [2] US Census Bureau, septembre 2010.
- [3] Institute of Medicine. *Care without coverage: Too little, too late*. Washington DC : National Academies Press, 2002.
- [4] Tabuteau D. L'avenir de la médecine et le spectre de M. Bovary. *Droit Social* avril 2009.
- [5] Rapport sur la santé dans le monde, 2000. Pour un système de santé plus performant. <http://www.who.int/whr/2000/fr/index.html>
- [6] Musgrove P. Judging health systems : Reflections on WHO's methods. *Lancet* 2003 ; 361 : 1817-20.
- [7] Gusmano M, et al. Réduire les hospitalisations évitables. Alliance for Health and the Future. Voir site internet de ILC-France : [http://www.ilcfrance.org/realisations/docs/2010/Hospitalisations\\_evitables\\_fr.pdf](http://www.ilcfrance.org/realisations/docs/2010/Hospitalisations_evitables_fr.pdf).
- [8] Nolte E, McKee CM. Measuring the health of nations : Updating and earlier analysis. *Health Affairs* 2008 ; 27 : 58-71.
- [9] Schoen C, Osborn R, Doty MM, Squires D, Peugh J, Applebaum S. A survey of primary care physicians in 11 Countries, 2009: Perspectives on care, costs, and experiences. *Health Affairs* 2009 ; 28 : w1171-83.
- [10] OCDE. *Comparaison des statistiques de santé des pays de l'OCDE*. Eco-Santé, OCDE, 2009.
- [11] Anderson GF, Reinhardt UE, Hussey PS, Petrosyan V. It's the prices, stupid : why the US is so different from other countries. *Health Affairs* 2003 ; 22 : 89-105.
- [12] Couty E, Kouchner C, Laude A, Tabuteau D. *La loi HPST : regards sur la réforme du système de santé*. Paris : Presses de l'EHESP, décembre 2009.

## PRÉSENTATION DE L'INSTITUT DE RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE

L'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP) est un groupement d'intérêt scientifique créé en 2007 par une convention entre 23 partenaires, acteurs de la recherche en Santé Publique (voir ci-dessous). Son objectif général est de constituer une communauté scientifique de taille internationale capable de répondre au développement souhaité de la recherche en Santé Publique et de contribuer aux nouveaux dispositifs mis en place par la loi du 9 août 2004 relative à la politique de Santé Publique. Pour atteindre cet objectif, le GIS-IReSP s'appuie sur une mutualisation des compétences et des moyens de ses partenaires. Le GIS-IReSP est dirigé par Alfred Spira, médecin, épidémiologiste, professeur de Santé Publique et d'épidémiologie.

### Les domaines de recherche soutenus sont les suivants :

- Fonctionnement du système de santé
- Politiques publiques et santé

### ■ Interaction entre les déterminants de la santé

#### Les modalités d'actions du GIS sont :

- Lancement d'appels à projets ciblés
- Aide à l'émergence d'équipes de recherche
- Mutualisation d'outils pour la recherche en Santé Publique
- Constitution de groupes de travail sur des sujets émergents
- Aide à la mise en place et à l'exploitation de grandes enquêtes et de grandes bases de données
- Valorisation et communication

Afin de pallier le manque de visibilité des résultats de la recherche en Santé Publique en France, l'IReSP a décidé de créer ce bulletin trimestriel à large diffusion intitulé *Questions de Santé Publique*. Chaque trimes-

tre, un sujet de recherche en Santé Publique intéressant le grand public est traité par un chercheur.

### LES PARTENAIRES DE L'IReSP

Ministères (Ministère de la Santé [DGS et DREES], Ministère délégué à la Recherche), Opérateurs de la recherche en Santé Publique (CNRS, Inserm, IRD, INED, EHESP, UDESCA, CPU, Institut Pasteur, CNAM, Sciences Po), Agences et opérateurs de la Santé Publique (InVS, HAS, AFSSAPS, ANSES, EFS, ABM, INPES, INCa), Organismes de protection sociale (CNAMTS, RSI, CNSA).

Site internet : [www.iresp.net](http://www.iresp.net)

Cet article ainsi que les précédents numéros de *Questions de Santé Publique* sont téléchargeables sur le site internet de l'IReSP : [www.iresp.net](http://www.iresp.net)