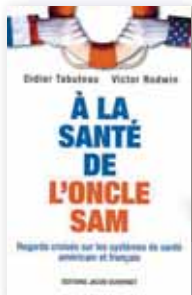


ENTRETIEN **VICTOR RODWIN****LE LIVRE >**

À la santé de l'oncle Sam : regards croisés sur les systèmes de santé américain et français, Éditions Jacob-Duvernet, 2010, 175 p.

LES AUTEURS >

Didier Tabuteau, responsable de la chaire santé à Sciences Po Paris, a été directeur général adjoint de l'Agence nationale de sécurité du médicament.

Victor Rodwin est professeur de politique et de gestion de la santé à l'université de New York. Il a publié de nombreux travaux comparatifs sur les systèmes de santé. Il est régulièrement consulté par les autorités françaises en la matière.

« LE SYSTÈME DE MÉDECINE LIBÉRALE EST ARCHAÏQUE »

Très bien classé dans les comparaisons internationales au regard de certains critères, le système de santé français souffre néanmoins d'archaïsmes. Il gagnerait à s'inspirer de traits méconnus du régime américain, comme la règle du tiers payant et l'incitation à l'innovation sur le terrain.

V

ous avez publié voici trois ans, avec Didier Tabuteau, *À la santé de l'oncle Sam*. Qu'est-ce qui vous a amené à engager cette réflexion à deux ?

Nous étions l'un et l'autre étonnés par le manque de connaissances, des deux côtés de l'Atlantique, sur les différences qui marquent nos systèmes de santé. On croit le plus souvent que le régime français est collectif et public, tandis que le dispositif américain serait fondamentalement individualiste et privé. Or c'est souvent le contraire !

Une célèbre étude de l'OMS publiée en 2000 plaçait la France au premier rang des systèmes de santé et les États-Unis à la 37^e place. Que faut-il en penser, avec le recul du temps ?

Beaucoup de choses ont changé depuis, mais revenir sur cette étude est un bon point de départ pour la réflexion. Le rapport de l'OMS a été critiqué à juste titre. Son mérite était d'attirer l'attention sur l'intérêt que comporte l'évaluation des différents systèmes de santé à travers le monde. Mais les méthodes utilisées et les données recueillies étaient biaisées et les résultats ne sont pas valides.

Qu'a-t-on reproché au classement de l'OMS ?

En premier lieu, il accordait beaucoup trop de poids

(50 %) à la mesure de ce qu'on appelle la santé populationnelle, pour l'essentiel l'espérance de vie à la naissance pondérée par une mesure de la qualité de vie. Or cette donnée ne dépend pas principalement de l'efficacité des systèmes de soins, mais du style de vie, des habitudes alimentaires, de la biologie des personnes, du niveau de richesse, de l'environnement social, etc. L'espérance de vie est nettement plus faible aux États-Unis qu'en France, mais la responsabilité de l'organisation des soins dans cette différence n'est pas établie. On ne peut lui imputer le fait que les Américains ont un taux de maladies cardiaques très supérieur à celui des Français. Globalement, l'impact du système sur la santé populationnelle est au maximum de 15 à 20 %.

Une autre critique tient à ce que l'OMS ne disposait pas des statistiques correspondant à ses critères pour tous les États de la planète. Afin de résoudre ce problème, elle a imputé des valeurs à certains pays en fonction de données diverses concernant la région du monde où ils se trouvent ; cela enlevait évidemment beaucoup de signification au classement.

D'autres critiques avaient-elles un intérêt particulier concernant les différences entre les États-Unis et la France ?

Oui. Ainsi, l'OMS avait retenu comme critère la « réactivité » du système, rangeant sous ce terme des éléments très variés, comme le temps d'attente, la qualité de l'accueil, mais aussi le degré d'autonomie des personnes, la liberté dans le choix des médecins et autres professionnels de santé. Sur le temps d'attente et la qualité de l'accueil, elle s'est contentée d'interroger 1 000 personnes

travaillant pour l'OMS : échantillon ridicule, absolument pas représentatif. Si l'étude avait privilégié la qualité de l'organisation du système dans son ensemble, la France aurait sans doute été moins bien classée. Elle aurait aussi été moins bien classée si avait été retenu le critère de la mortalité évitable globale, qui inclut les suicides, les accidents, et les comportements à risque en général, comme le tabagisme et l'alcoolisme. La France réalise de mauvaises performances en ce qui concerne la mortalité prématurée, surtout pour les hommes.

L'organisation du système de soins aux États-Unis est-elle, à certains égards, meilleure qu'en France ?

Oui ! Un bon exemple est la coordination entre l'hôpital et le médecin traitant. En France, celui-ci n'est pas bien informé de ce qui se passe durant l'hospitalisation et il reçoit trop souvent le compte rendu avec retard. La coordination n'est pas satisfaisante non plus aux États-Unis, mais c'est moins grave car le médecin traitant est souvent celui qui décide de l'admission de son patient et il donne ses instructions à ses collègues hospitaliers. Autre exemple : la France en est restée au système archaïque de la médecine libérale, où la plupart des praticiens travaillent encore en solitaires dans leur cabinet. En France, c'est le patient qui paie la consultation, attendant d'être plus ou moins complètement remboursé selon qu'il bénéficie ou non d'une mutuelle, selon le niveau de couverture garanti par celle-ci et selon l'existence ou non d'un dépassement d'honoraires. Aux États-Unis, la règle est le tiers payant. Le malade ne paie qu'un ticket modérateur. L'essentiel de la rémunération du médecin vient de la facture que ce dernier envoie à l'organisme d'assurance du patient, avec lequel le praticien lui-même est souvent lié par contrat.

Si vous aviez à faire un classement des systèmes de santé, quels critères retiendriez-vous ?

Un critère pertinent est mal connu en France. C'est ce qu'on appelle en anglais *amenable mortality*, c'est-à-dire la mortalité évitable, non plus au sens général, mais grâce au système de soins. Développé par des Hollandais et des Britanniques, ce concept permet de comparer le taux de mortalité prématurée pour des causes sensibles aux effets des soins médicaux. Un bon système doit maintenir au strict minimum les taux de mortalité maternelle, les décès provoqués par la tuberculose, les cancers de la peau et autres cancers traitables, les maladies ischémiques du cœur. Or, sans qu'on sache très bien pourquoi à vrai dire, la France occupe la première place des dix-neuf pays les plus riches de l'OCDE pour ce critère, alors que les États-Unis occupent la dix-neuvième place¹.

Un autre indicateur significatif, mal connu des autorités françaises, est l'hospitalisation évitable, qui mesure l'efficacité des soins ambulatoires de proximité. Un bon système de ce type permet d'éviter, par exemple, des taux élevés de séjours hospitaliers pour les complications du diabète, une insuffisance cardiaque ou une pneumonie bactérienne. J'ai participé à des études sur ce sujet². Paris a 2,5 fois moins d'hospitalisations évitables, par personne, que Manhattan, où près du quart de la population n'est pas assurée³. D'une façon générale, la France se positionne mieux que les États-Unis et même que le Royaume-Uni et l'Allemagne à cet égard, bien qu'il reste



« On croit le plus souvent que le système de santé français est collectif, tandis que le dispositif américain serait individualiste et privé. Or c'est souvent le contraire », explique Victor Rodwin.

©FRÉDÉRIC STUCIN POUR BOOKS

beaucoup à faire : on estime le nombre annuel d'hospitalisations évitables en France à 400 000⁴. Cela dépend beaucoup de l'accès aux soins de proximité, de la qualité du médecin traitant, et plus encore de la capacité du système à prendre en charge les maladies chroniques.

Qu'apporte concrètement la réforme Obama ?

Elle ne transforme pas le système existant mais l'ouvre à davantage de monde. Pour les pauvres, elle va relever à partir de 2014 le seuil d'éligibilité de l'accès à la protection sociale publique Medicaid et augmenter les tarifs remboursés aux médecins qui interviennent dans ce cadre. Il est difficile de prévoir ce qui va se passer exactement parce que la Cour suprême a laissé chaque État libre d'appliquer ou non cette mesure. Pour ceux qui sont au-delà de ce seuil mais ne sont pas assurés, la réforme instaure à partir de 2014 l'obligation de souscrire à une assurance maladie, sous peine d'amende. L'Office of Management and Budget du Congrès américain estime que cette réforme permettra au total de couvrir trente des cinquante millions d'Américains encore non assurés.

Le magazine *Time* a publié récemment une grande enquête mettant féroce en cause les prix exorbitants des hôpitaux américains à but non lucratif. Qu'en avez-vous pensé ?

Menée par un excellent journaliste, Steven Brill, l'enquête reflète malheureusement une réalité que les Français auraient intérêt à connaître, car certaines des idées de réforme qui circulent ici valorisent exagérément le système hospitalier américain. L'article de *Time* met en cause la dérive des dépenses qui se traduit par une surfacturation absurde des services hospitaliers et un enrichissement déraisonnable des établissements privés à but non lucratif, qui forment la majorité du tissu hospi-

1] E. Nolte, M. McKee, « Measuring the health of nations : updating an earlier analysis », *Health Affairs*, 27(1), 2008.

2] « Séjours hospitaliers évitables et revascularisations dans trois régions » (Rapport final à la Caisse nationale d'assurance maladie, juin 2011).

3] M. Gusmano, V. Rodwin, D. Weisz, *Health Care in World Cities*, Johns Hopkins University Press, 2010.

4] À lire sur www.ilcfrance.org.

5] Mars 2013.

ENTRETIEN **VICTOR RODWIN**

telier. Steven Brill donne des exemples à peine croyables mais vrais. Des analyses de laboratoire menées pendant quelques jours à l'hôpital peuvent coûter le prix d'une voiture. Dans plusieurs villes, les établissements à but non lucratif sont devenus les affaires les plus rentables, avec des administrations pléthoriques, des salaires mirobolants et des locaux somptueux⁶. Les principales victimes sont les patients qui n'ont pas d'assurance privée, ou dont l'assurance privée est insuffisante, et qui ne bénéficient ni de Medicaid ni de Medicare, le système de sécurité sociale pour les plus de 65 ans.

Voilà donc un domaine où la France fait mieux ?

Oui, mais avec d'autres problèmes et des risques nouveaux. Paradoxalement, dans ce pays de tradition étatiste, la part du secteur hospitalier privé à but lucratif est plus élevée que dans la plupart des pays occidentaux ; elle est même supérieure à celle des hôpitaux publics pour la chirurgie. Or la loi HPST de 2009 a étendu aux cliniques privées le droit d'assumer des missions de service public et confié l'attribution de ce droit, pour des tâches précises, aux agences régionales de santé (ARS). La notion de service public hospitalier devenant plus souple, il est à craindre que les ARS renforcent la centralisation étatique pour laquelle la France est bien connue, pour le meilleur et pour le pire.



Aux États-Unis, les assurances de santé privées sont beaucoup plus étroitement contrôlées qu'en France.

L'Institut Montaigne, un *think-tank* influent présidé par le patron d'une grande compagnie d'assurances, recommande de permettre aux hôpitaux publics de devenir des établissements privés à but non lucratif⁷. Qu'en pensez-vous ?

L'enquête de *Time* met en garde contre certains risques associés à une telle idée. Cela dit, le résultat dépend largement de la qualité du contrôle exercé par l'État. La dérive des hôpitaux privés américains à but non lucratif est liée à une déficience des mécanismes de contrôle, entretenue par la puissance des lobbies. Inversement, aux États-Unis, le fonctionnement des assurances de santé privées est beaucoup plus étroitement contrôlé, réglementé et transparent qu'en France. Je suis moins troublé que certains de mes collègues français quant aux risques induits par une extension du secteur privé à but non lucratif. C'est un outil de flexibilité, notamment pour recruter du personnel de service et des médecins. L'essentiel est que la puissance publique joue son rôle.

Que pensez-vous des reproches de surprescription et de surconsommation classiquement adressés au système français ?

On consomme presque autant de médicaments en France qu'au Japon, où ce sont les médecins eux-mêmes qui les vendent ! La raison est dans une large mesure culturelle. Les patients veulent des prescriptions, le prati-

ciens a peur de perdre sa clientèle s'il ne leur en donne pas ou pas assez. Et les médicaments connus pour leur utilité médicale (ce qui n'est pas le cas de tous les médicaments prescrits) sont relativement bien remboursés en France.

Quel est, selon vous, le principal problème du système de santé français ?

La coordination des soins à la base, comme je l'ai dit ; et l'inégalité dans l'accès à des soins de qualité. Sur ce plan, j'ai l'impression que votre Institut national du cancer (INCA) et le plan cancer mis en place depuis 2003 ont beaucoup amélioré la situation ; mais pourquoi est-ce le cas s'agissant des cancers et non des cardiopathies ?

Lorsque votre système d'assurance maladie a été créé et généralisé en 1945, le grand problème était l'accès aux soins et les prestations en espèces qui remplaçaient les salaires lorsque l'assuré était malade. Aujourd'hui, le problème concerne l'accès à des soins médicaux de qualité et l'information qui permet d'évaluer cette qualité. La France n'est d'ailleurs pas la seule à devoir relever ce défi. Aucun pays n'a encore réformé son système de sorte que les assurés, les médecins de ville, les praticiens hospitaliers et d'autres professions de santé puissent connaître les meilleurs parcours de soins. C'est pourtant dans ce sens qu'évoquent les dispositifs performants. Et pour y arriver, il faudra encadrer l'installation des médecins, organiser des systèmes d'information partagés qui protègent le secret médical tout en permettant de suivre la trajectoire des patients, leurs prescriptions pharmaceutiques et les résultats de leurs examens de biologie et de radiologie.

Que les Américains devraient-ils le plus admirer dans le système français ?

La couverture universelle et la plus grande facilité d'accès aux soins. Et aussi le moindre coût global de la santé : 11,6 % du PIB contre 18 % aux États-Unis.

Et que les Français devraient-ils le plus admirer dans le système américain ?

La diversité et la faculté d'innovation organisationnelle. De nombreuses institutions qui ont fait leurs preuves sont des initiatives de terrain, qui sont encouragées par l'État et souvent même subventionnées par lui. Par exemple, environ 20 % des Américains qui ont souscrit une assurance adhèrent à une organisation de soins privée, dans laquelle des praticiens se sont groupés pour proposer leurs services à une population cible. C'est une tradition centenaire, qui n'a cessé de devenir plus sophistiquée, avec une grande variété de modèles. En France, on considère qu'il revient à la puissance publique de réformer. La faculté d'innover laissée sur le terrain est faible. Les agences régionales restent des émanations de l'État central. Il existe depuis 2009 une Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (ANAP), qui fait remonter les expériences locales, mais cela reste modeste. Les Américains ont beaucoup plus d'expérience que les Français dans ce domaine. Comme pour la recherche biomédicale (NIH) et la veille sanitaire (CDC)⁸, en ce qui concerne les réformes organisationnelles dans le secteur de la santé, nous servons de laboratoire pour le monde. □

Propos recueillis par Bernard Granger et Olivier Postel-Vinay.

⁶ Ce sont des établissements à but non lucratif en ce sens qu'ils n'ont pas à rémunérer d'actionnaires. Mais ils ont toute liberté de facturer.

⁷ À lire sur www.institutmontaigne.org.

⁸ Les National Institutes of Health (NIH) gèrent l'attribution des fonds pour la recherche médicale. Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) gèrent la veille sanitaire.