

Au sujet de l'article :

[1] Galvis-Narinos F, Montélimard A. Le système de santé des États-Unis. *Prat Organ Soins* 2009;40(4):309-315.

Comment une société est-elle prête à investir pour la santé ? Une question à plusieurs dimensions

Réflexions notamment sur l'exemple des États-Unis

Il y a plusieurs facettes à l'interrogation importante, toujours d'actualité, « jusqu'où et comment la société est-elle prête à investir pour la santé ? ». Une première est « pourquoi ? ». Réponse ici assez simple : chacun préfère être en santé, respectivement guéri, plutôt que malade. D'autres, plus complexes, sont « pour qui ? », « pour quoi ? » et « comment ? ».

Pour la première fois, après des échecs répétés, les États-Unis sont (étaient ?) sur le point de réaliser une réforme majeure de leur système de santé

Nous aimerions apporter quelques réflexions complémentaires à la bonne description que font Galvis-Narinos et Montélimard [1] du système de santé des États-Unis ; ceci d'autant plus que la restructuration majeure que les auteurs évoquent à la fin de leur article était, au Nouvel An, dans la dernière ligne droite de la procédure parlementaire (« réconciliation » entre les textes du Sénat et de la Chambre des représentants). Cela paraissait être une question de jours, mais l'échec électoral démocrate dans le Massachusetts, lors de l'attribution du siège d'Edward (Ted) Kennedy, le 19 janvier 2010, est susceptible de tout remettre en cause.

En décembre 2009, séjournant près de New York, j'ai suivi en direct, par les chaînes parlementaires de télévision, les débats du Sénat américain sur cette loi portant réforme du système des soins de santé. Elle devrait représenter une avancée majeure dans un pays où 50 millions de personnes (un sixième de la population) n'étaient jusqu'ici pas assurées et où d'autres dizaines de millions sont mal assurées – couverture limitée, perte de l'assurance en perdant son emploi, possibilité d'être exclu si l'on coûte trop cher ou trop longtemps. Je rappelais récemment à des collègues, qu'en 1971, alors que je quittais l'Université de Caroline du Nord où j'avais étudié la santé publique, nous pensions que « oui, il leur faudra encore quatre ou cinq ans pour changer leur système »... Nous sommes 40 ans plus tard.

On sait de longue date que le (non-)système de santé américain, s'il connaît des secteurs d'excellence, est, du point de vue de la mise à disposition de services adéquats à toute une collectivité, le contre-exemple majeur parmi les pays industrialisés. « Ses résultats en terme d'équité et d'accès aux soins sont mauvais », ainsi que le disent Galvis-Narinos et Montélimard [1]. Des

résultats qui classent la plus puissante nation du monde au 20^e rang, voire pire, s'agissant de ses conditions de santé telles que jugées par les statistiques sanitaires. D'un point de vue d'équité sociale, c'est un scandale. Pas pour des raisons techniques (sous réserve de ce qui est dit plus bas sur l'importance des frais administratifs) mais pour des motifs qu'on peut dire de conviction ou culture politique (que le milieu conservateur américain aimerait étiqueter de « nationales »). Motifs en rapport avec l'histoire à succès d'un pays riche de ressources naturelles, construit sur la motivation d'émigrants ayant fui précarité, voire misère et découvrant un *land of opportunity*. Point d'importance : les fortunes qui y ont été faites ont permis le développement d'actions philanthropiques, la charité a donc une place conceptuelle et pratique dans la vie des États-Unis *mais ce n'est pas le cas de la solidarité*. « Que chacun se débrouille et fasse preuve de ses talents... si vraiment il tombe dans le besoin, une assistance à bien plaisir pourrait être à sa disposition ». Paradigme culturel et politique très différent de celui qui s'est développé en Europe occidentale depuis la Révolution française et les luttes sociales qui en sont les héritières. Durant les débats récents des deux Chambres du Congrès sur la réforme en matière de santé, la critique cardinale de conservateurs souvent agressifs était que la proposition de l'Administration Obama était un modèle européen (insulte maximum), menant tout droit à la socialisation de la médecine, voire au communisme...

Aux États-Unis, une moitié environ de la population n'a pas de problème avec le fait que le sixième de la population ne soit pas assuré – tout en sachant et voyant que les dispositifs caritatifs sont loin de boucher les trous. Elle juge logique que les soins de santé soient considérés sur le marché comme les autres biens et services : comme on achète une voiture plus ou moins luxueuse, comme on s'offre les destinations de vacances qu'on peut, on a accès aux soins de santé (du point de vue qualitatif comme quantitatif) en fonction de ses moyens... À cet égard, voir les exemples cités par Galvis-Narinos et Montélimard (page 313 en particulier et notamment le rejet du Sénat de Californie d'une proposition du Gouverneur de cet État). C'est cette situation souvent bloquée que le Président Obama entend changer, après que plusieurs de ses prédécesseurs aient rencontré des échecs cuisants. « Ce sont bien deux visions différentes de la société que se sont affrontées

à l'occasion de l'élection présidentielle de 2008 : une vision libérale, qui considère que la dérégulation du marché de la santé (y compris la concurrence agressive – note de J.M.) dynamise l'économie de ce secteur, et une vision sociale, qui prône la solidarité et l'accès de tous à la santé ».

Les dépenses de santé, pour qui ? et pour quoi ?

Ce qui précède est en rapport avec une facette de « pour qui les soins de santé ? ». Une autre facette concerne *les groupes de patients ou de maladies ou handicaps* qui reçoivent attention, respectivement une attention particulière : quel accent sur la mise à disposition, pour ceux qui le nécessitent, d'une infrastructure suffisante d'établissements pour personnes âgées dépendantes (le Canton de Vaud, où j'ai fait ma carrière, vient de se doter d'un article constitutionnel sur le sujet) ? Quel accent sur les soins à domicile, sur la lutte contre la douleur et les soins palliatifs, l'éducation pour la santé et la prévention (le Parlement fédéral suisse examinera prochainement un projet de loi sur le sujet) ? Quelle harmonisation/concentration des méthodes de haute technologie, etc. ?

Quid du « pour quoi ? ». Dans différents pays, la répartition des frais selon les secteurs de charges varie beaucoup. Aux États-Unis, les coûts administratifs (*the cost of running business*) représentent plus de 20 % de la facture globale. Dans certaines structures, 30 % des cotisations partent en frais administratifs, marketing et bénéfiques (nous sommes en Suisse autour de 7 % dans l'Assurance maladie universelle). C'est en rapport direct avec la doctrine – dont la pertinence en matière de soins est très surestimée par certains politiques – que la concurrence tout azimut apporte d'importants bénéfices en terme d'efficacité. En fait, outre-Atlantique, elle ne s'exerce guère pour promouvoir la qualité mais essentiellement dans le but d'attirer le chaland, recruter les bons risques et rejeter les mauvais, rechercher toutes issues permettant de refuser le paiement des soins de ses propres assurés, élaborer des logiciels sophistiqués utiles à s'approcher de ces buts – dans une visée inverse, les prestataires élaborent d'autres logiciels permettant de facturer un maximum d'honoraires.

Responsabilisation individuelle ?

Abordons encore le sujet de la responsabilisation de chacun en matière de santé et de frais médicaux, souvent évoqué aux États-Unis ; en Suisse en ce moment, des milieux politiques aimeraient le mettre à l'ordre du jour. Homme de santé publique, je suis acquis à l'idée et me suis engagé pour la prévention et l'éducation pour la santé. Mais il faut considérer les problèmes majeurs liés à l'éventuelle concrétisation d'un modèle « Celui qui vit sainement est assuré à meilleur marché ».

D'abord, il serait difficile de quantifier précisément (principe général de l'assurance) les facteurs promoteurs de santé ou qui y sont défavorables. Plus grave, nous ne naissons pas égaux devant la maladie ou le handicap, avant même que culture et comportements personnels exercent une quelconque influence. Il existe des affections héréditaires et congénitales, et des traits génétiques – identifiés en nombre croissant – qui sont autant de coups de pouce vers la bonne ou la mauvaise santé. Le décryptage du génome permettra d'établir des cartes d'identité génétiques, pour lesquelles se passionneront les assureurs, les employeurs et d'autres ! Dans un système où coûter (prospectivement) moins diminue (aujourd'hui) la prime d'assurance, il faudrait alors – au nom de principes d'équité qui ont cours en Europe Occidentale – introduire des dispenses de surprime pour ceux nés avec de moindres chances. On voit d'ici l'épanouissement d'une bureaucratie de mise en cohérence de la prime avec le profil synthétique des risques de l'assuré – avec une prime individualisée pour chacun tout en ayant à tenir compte de ce que lesdits risques sont choisis ou non-choisis. *Brave New World* ! Aucun observateur n'ignore que la solidarité, quasiment exemplaire sur plusieurs points, que nous avons connu dans nos pays dans la seconde moitié du XX^e siècle est menacée. Mais, alors que les États-Unis cherchent à se distancer de modèles discriminatoires en matière de soins, entendrait-on ailleurs prendre ce chemin ?

En guise de conclusion

La question de savoir ce qu'une société est disposée à investir pour la santé englobe plusieurs problématiques. Des chiffres bruts comme le pourcentage du Produit national brut (PNB) ne permettent pas de conclusions en terme de bénéfice de santé. Les États-Unis, avec de mauvais résultats statistiques, consacrent à la maladie plus de 15 % de leur PNB, proportion la plus importante dans le monde, alors que jusqu'ici le sixième de la population n'a pas de couverture d'assurance et a accès aux soins dans des conditions parfois semblables à celles du tiers-monde. Une large part de l'opinion publique y estime que les soins sont une commodité comme les autres, qu'on s'achète si on en a les moyens. Les difficultés rencontrées en ce moment par un projet de réforme législative majeure l'illustrent. La notion de solidarité, telle que nous la concevons, n'y a pas de réelle pénétrance dans ce pays.

Pour terminer, cette formule retenue il y a longtemps lors de mes études de santé publique, aux États-Unis précisément : « La santé publique c'est d'abord la justice sociale ». Et cette phrase de Martin Luther King : « De toutes les formes d'inégalité, l'injustice en matière de soins de santé est la plus inhumaine. ».

Jean Martin, médecin de santé publique, membre du Comité international de bioéthique de l'UNESCO.
E-mail : jean.martin@urbanet.ch

Le système de santé américain : la revanche du Sud

Dans le précédent numéro de la revue, Galvis-Narinos *et al.* ont publié un article sur le système de soins américain [1]. Cet état des lieux mérite d'être complété sous l'approche des minorités ethniques et de la concurrence que se livrent les États et les entreprises.

Pour P Krugman, prix Nobel d'économie 2008, la fondation de la sécurité sociale aux USA peut être assimilée au Traité de Détroit, ensemble d'arrangements institutionnels conclus en 1949 entre *General motors* (GM) et le syndicat *United auto workers* (UAW). Selon cet accord, les membres de l'UAW se voyaient garantir des salaires qui augmentaient avec la productivité, une protection maladie, une retraite. En échange, GM obtenait la paix sociale. Cet arrangement a été adopté par les autres constructeurs et une bonne part de l'industrie. Ces dispositions sont tombées sous l'effet de la montée de la concurrence étrangère et de l'arrivée au pouvoir des républicains [2].

Sur la carte de la répartition des personnes possédant une couverture sociale, celle-ci suit un gradient nord-sud (figure 1) [3].

- Il existe une sous représentation d'origine ethnique de la couverture sociale. Les Afro-Américains au Sud-Est, les Hispaniques au Sud et les Indiens à l'Ouest sont moins bien protégés (figure 2) [3].
- L'immigration en provenance du sud s'établit sur les états frontaliers et le golfe du Mexique. Or, les arrivants commencent par des travaux non déclarés ou des micro-entreprises peu compatibles avec une couverture sociale.
- Une sous-représentation à composante ethnique de la couverture sociale. Les Noirs au Sud Est, les hispaniques au sud et les amérindiens à l'Ouest sont moins bien protégés (figure 2).

À noter que deux états du Sud font moins mauvaise figure que leurs voisins. L'explication s'appelle, pour l'Alabama, *Mercedes, Hyundai, Honda*; pour le Tennessee, *Nissan* et bientôt *Volkswagen* qui va s'implanter à Chattanooga. Qu'est-ce qui peut ainsi pousser les constructeurs étrangers à investir dans les états du sud, loin des centres métallurgiques et de recherche ? La réponse tient en ce que l'on pourrait appeler le « traité de Chattanooga » qui annule et remplace le « traité de Detroit » : l'absence de syndicats, une main-d'œuvre captive qui accepte 25 \$ de l'heure au lieu de 36 \$ à Détroit [4]. En échange, les salariés ont un emploi sûr et une couverture sociale basique, ce qui est en passe de devenir un luxe aux États-Unis [5].

Le Nord-Est, démocrate, fortement syndiqué, de tradition industrielle, la *Rust Belt*, est en déclin. Le taux de couverture sociale y est élevé. Le Sud, républicain, peu syndiqué, moteur de l'économie depuis 20 ans, la *Sun Belt*, est en train de gagner sa deuxième guerre de sécession, économique celle-ci. Un des outils de ce succès est la remise en cause des avantages sociaux acquis par le Nord.

Pour RJ Samuelson : « Il était évident il y a 25 ans que GM en tant qu'entreprise industrielle ne pouvait pas soutenir GM en tant que Sécurité sociale. Mais les syndicats n'ont pas voulu entamer la protection sociale et l'entreprise n'a rien fait. L'inertie l'a emporté et l'heure du jugement dernier a sonné. » [6].

*François Latil, médecin-conseil au Régime social des indépendants. Caisse régionale d'Île-de-France.
E-mail : francois.latil@idfcentre.le-rsi.fr*

RÉFÉRENCES

1. Galvis-Narinos F, Montélimard A. Le système de santé des États-Unis. *Prat Organ Soins* 2009;40(4):309-315.
2. Krugman P. *L'Amérique que nous voulons*. Paris : Flammarion ; 2008, p. 167.
3. *Nonelderly's Health Insurance Coverage by Race and Ethnicity, 2006, Kaiser Fast Facts, The Henry J. Kaiser Family Foundation, April 2008. This information was reprinted with permission from the Henry J. Kaiser Family Foundation. The Kaiser Family Foundation is a non-profit private operating foundation, based in Menlo Park, California, dedicated to producing and communicating the best possible analysis and information on health issues.*
4. Johnson P. *America's other auto industry*. *Christian science monitor*. 2008;(5).
5. Latil F, *Les résistances aux réformes du système de soins aux États-Unis*. *Rev Prat*. 2010;(60):8-12.
6. Samuelson RJ. *America's sinking welfare state*. *Newsweek*. 2009; 29 Juin:5.



Figure 1. Taux d'Américains < 65 ans non assurés par États. USA : 2005-2006.

Source : Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured and Urban Institute analysis of the March Current. Population Survey, 2006 and 2007, two-year pooled data.

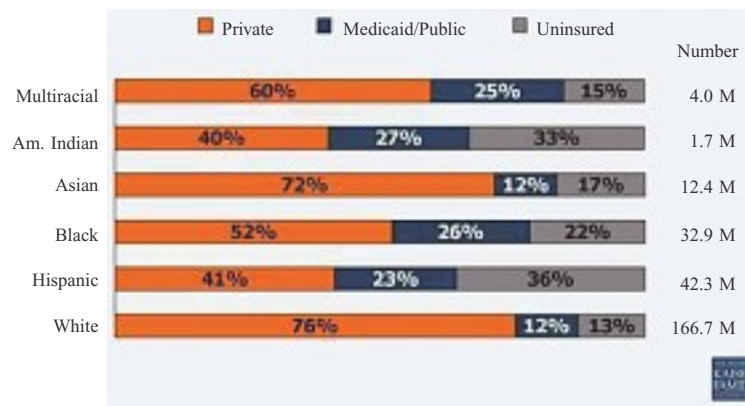


Figure 2. Couverture sociale des moins de 65 ans par origine ethnique USA/2006.

Note : American Indian category includes Aleutian Eskimos. Data may not total 100 % due to rounding.
 Source : Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured/Urban Institute analysis of March 2007 CPS.