

International

SYSTÈMES DE SANTÉ : UNE COMPARAISON FRANCE / ÉTATS-UNIS

Céline Jaeggy

15/05/2023

En quoi consistent les systèmes de santé français et étatsunien ? En établissant une comparaison entre les deux systèmes, Céline Jaeggy¹, directrice des affaires juridiques et institutionnelles à l'Unédic, en propose une analyse précise et éclairante.

Vaut-il mieux être malade en France ou aux États-Unis ?

Bien entendu, où que l'on soit, il est toujours préférable d'être bien portant que malade... mais si cela devait être le cas, dans lequel de ces deux pays vaut-il mieux résider ? Évidemment, la réponse n'est pas univoque ; si l'on a des moyens financiers conséquents, on aura la possibilité d'être soigné et bien soigné où que l'on habite. Mais si l'on considère la société en général, il en va autrement.

En 1939, un citoyen des États-Unis avait une espérance de vie à la naissance supérieure de sept années à celle d'un Français. La situation est aujourd'hui inverse. En France, l'espérance de vie est de 82,5 ans en 2021, revenant quasiment au niveau pré-pandémique (82,9 ans) après la baisse de 2020. Depuis 2014, la population américaine perd chaque année quelques mois d'espérance de vie, et la baisse s'est fortement aggravée en 2020 et 2021, avec un déclin de 2,7 ans en deux ans, pour s'établir à 76,1 ans².

Le système de santé n'est bien sûr pas le seul déterminant de l'espérance de vie, également liée aux modes de vie et habitudes alimentaires.

Mais la plupart des autres indicateurs de santé montrent des écarts dans le même sens. Selon l'OCDE, la mortalité infantile en 2021 est de 3,6 pour 1000 naissances en France, alors qu'elle est de 5,4 pour 1000 aux États-Unis. La mortalité maternelle aux États-Unis est de 23,8 pour 100 000 en 2021, ce qui constitue le pire taux des pays industrialisés, quand elle est de 8 pour 100 000 en France. Le taux de décès évitables grâce aux traitements est de 51 pour 100 000 habitants en France, il est de plus de 90 aux États-Unis.

Les indicateurs relatifs à l'accès aux soins montrent eux aussi des différences notables. Selon les derniers chiffres de l'OCDE, la densité des médecins en France est de 317 pour 100 000 habitants (370 si l'on tient compte des internes qui travaillent en établissements de santé), elle est de 261 aux États-Unis. Le nombre de lits d'hôpital s'établit à 2,9 pour 1000 habitants aux États-Unis, et à 5,9 en France.

Pourtant, les États-Unis sont le pays qui dépense la plus grande part de son PIB pour la santé, soit 17,8% en 2021. La France est le troisième pays le plus dépensier, mais elle n'y consacre que 12,3% de son PIB (l'Allemagne est le numéro 2 et accuse également un décrochage avec les États-Unis avec 12,8% de son PIB). En corrigeant les différences de pouvoir d'achat, les dépenses courantes de santé au sens international (DCSi) française et américaine s'élèvent à 4600 et 6700 euros par habitant en 2021.

Des différences dans les systèmes de prise en charge des dépenses

Pour prendre en charge les dépenses de santé, la France et les États-Unis ont mis en place des systèmes très différents, produits de leurs histoires respectives.

En France, des caisses de secours, patronales, syndicales ou départementales, des mutuelles existaient dès la fin du XIX^e siècle pour garantir l'accès aux soins, mais ces initiatives étaient éparpillées. Dans les années 1928-1930, l'État impose une assurance sociale obligatoire pour les salariés du commerce et de l'industrie. Mais le grand tournant a lieu après la Deuxième Guerre mondiale, grâce à un consensus des quatre grandes familles politiques du moment, formalisé dans le Programme national de la Résistance, qui exprime la volonté que chaque citoyen soit protégé. L'ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la Sécurité sociale met en place une caisse pour toute la population confiée aux représentants des salariés et du patronat. L'institution de la Sécurité sociale a très rapidement permis un bond énorme des indicateurs de santé : par exemple, en seulement neuf ans, de 1945 à 1954, la mortalité infantile est passée de 108 à 37 décès pour 1000 naissances.

L'assurance maladie publique s'étend progressivement et, en 1999, la protection est généralisée avec la création de la couverture maladie universelle (CMU) et de la CMU complémentaire pour les plus démunis sur la base du seul critère de résidence, alors que l'aide médicale d'État (AME) créée en 2000 prend en charge les dépenses médicales des étrangers en situation irrégulière sur le territoire français.

À la différence de la France, ce sont les assurances privées qui couvrent la majorité des Américains, principalement *via* l'emploi et secondairement *via* le marché individuel de l'assurance. Ce système trouve son origine dans le *welfare capitalism* porté par certains dirigeants d'entreprises jusqu'à la crise de 1929. Les employeurs accordaient des avantages sociaux à leurs ouvriers pour les attirer et les fidéliser, éventuellement mieux les contrôler, et éviter l'intervention des syndicats et/ou de l'État. L'instauration d'une incitation fiscale en 1943 a conforté ce système en favorisant les compléments de salaire comme forme de rémunération dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre et de gel des salaires durant la guerre. En 1948, le National Labor Relations Board, l'agence fédérale qui régit les relations professionnelles, oblige les employeurs à négocier les avantages sociaux avec les syndicats, décision confirmée par la Cour suprême en 1949. Les syndicats deviennent alors de fervents soutiens du système, y voyant un moyen de leur propre consolidation.

Les employeurs n'ont cependant pas d'obligation d'offrir une couverture santé à leurs salariés, ni *a fortiori* à l'ensemble de leurs salariés ; de même que ces derniers peuvent la refuser si elle est proposée. L'Affordable Care Act, appelé Obamacare, a néanmoins introduit à partir de 2015 une incitation en exigeant des employeurs de plus de 50 salariés une couverture dont le cofinancement par les salariés ne doit pas excéder un certain seuil (9,83% de leurs revenus en 2021) appliquée à au moins 95% des salariés à temps plein sous peine d'amende (225 dollars par mois par salarié éligible en 2021). En 2020, 56% des entreprises proposent une couverture santé à certains de leurs salariés, avec des différences sectorielles marquées.

Ce système est vulnérable aux chocs sur le marché du travail, le chômage entraînant la perte de l'assurance santé. Certains chômeurs choisissent de prolonger leur couverture employeurs, mais doivent alors en assurer totalement le financement.

Plusieurs tentatives de mise en place d'un système centralisé et universel ont existé et, si elles n'ont pas abouti, elles ont tout de même permis d'accroître le taux de couverture. Franklin Roosevelt (président entre 1933 et 1945) a eu cette velléité mais il s'est heurté à des tirs de barrage, notamment de la part des médecins. En 1964-1965, Lyndon Johnson, un autre président démocrate, a réussi à instaurer une assurance publique pour les personnes âgées (Medicare) et une pour les personnes démunies avec enfants (Medicaid). L'inflexion la plus récente est la réforme Obamacare de 2010. Si le plan initial a été vidé d'une partie de sa substance lors de son adoption par le Congrès, puis au cours de la présidence de Donald Trump, cette réforme a tout de même permis d'assurer 10% de la population américaine, en étendant Medicaid et en prévoyant des subventions au paiement des primes pour les personnes qui n'ont pas accès à une assurance *via* leur employeur.

Une couverture des soins également différente

Le système français est aujourd'hui universel alors que la couverture des Américains est très hétérogène et varie selon le lieu de résidence, le niveau de revenus, la situation professionnelle, la situation familiale et l'état de santé.

Le système français prodigue des soins médicaux à tous les citoyens quels que soient leur âge, niveau de revenu et statut social. Tout résident légal est affilié de droit à l'assurance maladie et à ce titre reçoit des soins, souvent gratuits, sinon remboursés en grande partie par le régime d'assurance obligatoire ou le régime d'assurance santé complémentaire.

En effet, pour compléter les prestations des régimes obligatoires d'assurance maladie, les assureurs (institutions de prévoyance, mutuelles, sociétés d'assurance privées, filiales d'assurances des banques) proposent des contrats d'assurance complémentaire santé, prenant en charge tout ou partie des dépenses de santé non couvertes par l'assurance maladie obligatoire. 96% de la population bénéficie aujourd'hui, en plus de son affiliation à l'assurance maladie, d'une couverture complémentaire. L'assurance complémentaire santé peut être souscrite soit à titre individuel soit en adhérant à un contrat de groupe par l'intermédiaire de l'employeur ou d'associations professionnelles. Depuis le 1^{er} janvier 2016, tous les salariés, quel que soit l'effectif de leur entreprise, bénéficient d'une complémentaire santé collective, à laquelle sont imposées des garanties minimales.

La Complémentaire santé solidaire, publique, est gratuite pour les assurés percevant des ressources inférieures à 797,58 euros par mois (plafond pour une personne seule) et donne lieu à participation forfaitaire pour les assurés dont les ressources sont comprises entre 797,58 euros et 1 076,75 euros par mois (plafond pour une personne seule).

La couverture santé aux États-Unis reste, elle, très fragmentée. En 2018, 68% des Américains sont couverts par une assurance privée (*via* l'emploi ou par achat direct), 34,1% le sont par une assurance publique (Medicare, Medicaid, anciens combattants). Les non-assurés représentent encore 8% de la population, soit 30,4 millions de personnes. La somme de ces chiffres est supérieure à 100% parce qu'un individu peut cumuler plusieurs assurances. Le marché de l'assurance santé aux États-Unis comprend plus de 1300 payeurs différents qui ont tous leurs propres procédures, tarifs et modes de fonctionnement avec leurs prestataires de santé et leurs assurés. Les modalités de partage des coûts entre assurance et assuré (*insurance cost-sharing arrangements*) varient également beaucoup : les assurances prévoient des franchises, une part non remboursée du prix de consultation (*co-pay*), des montants maximum de consultation, etc. C'est

pourquoi, parmi ceux qui sont assurés, 30 millions de personnes sont *underinsured*, c'est-à-dire soumis à des taux élevés de dépenses non prises en charge par rapport à leurs revenus.

Financement et dépenses publics

Malgré un financement public beaucoup plus important en proportion en France qu'aux États-Unis, les dépenses publiques de santé par personne sont très élevées aux États-Unis, en raison du coût des soins.

En France, en 2020, le salarié et l'employeur cotisent pour financer l'assurance maladie obligatoire ou complémentaire. Elle est également financée par des contributions publiques (impôts et taxes) pour 50% des recettes du régime obligatoire. La Sécurité sociale finance 78,2% du montant total des dépenses de soins et des biens médicaux, et les organismes complémentaires 13,4%.

Aux États-Unis, l'assurance publique est prise en charge par le budget fédéral (Medicaid, Medicare, anciens combattants). Et bien que le financement public ne prenne en charge que 48% des dépenses, le montant des dépenses publiques est important aux États-Unis du fait du coût élevé des services médicaux : les dépenses publiques représentent 4896 dollars par an et par personne contre 3724 en France.

Les 52% restants sont financés par les employeurs et les salariés. En 2021, le montant de la prime annuelle d'assurance pour une couverture famille s'élève à 21 342 dollars, que l'employeur finance en moyenne à hauteur de 74%. Mais plus d'un quart des travailleurs couverts ont une franchise annuelle de 2000 dollars et plus. Les entreprises qui emploient de nombreux travailleurs à bas salaires sont incapables de procurer une bonne couverture à leurs salariés à cause de son coût, sauf à avoir un effet dépressif sur les salaires. La plupart des employeurs sont néanmoins partisans du *statu quo*, parce que le système leur fournit un levier de politique de ressources humaines, parce qu'ils peuvent en transférer le coût sur leurs salariés (en augmentant le reste à charge) et parce qu'ils sont peu enclins idéologiquement à réclamer plus d'intervention de l'État.

L'effort des ménages est nettement plus faible en France qu'aux États-Unis

Le reste à charge (RAC) des ménages peut constituer un frein important à l'accès aux soins. En France, il s'établit à 8,8% de la DCSi. C'est le taux le plus faible de l'OCDE, et 43% de ce RAC sont dus aux soins de longue durée, c'est-à-dire les soins et l'encadrement de personnes en situation de

dépendance sur le long terme. Aux États-Unis, la mise en œuvre en 2014 d'Obamacare (extension de la population couverte par Medicaid et aide à la souscription à une couverture santé individuelle) a conduit à une restructuration du financement de la DCSi, avec une nette diminution de la part de reste à charge (9,9%). Mais exprimé en euros par habitant, le RAC aux États-Unis est de 1030 contre 370 en France.

En France, pour trente maladies graves, les soins sont remboursés à 100% par le régime obligatoire. Le système est fondé sur le principe que la collectivité doit prendre en charge les gros risques et que le remboursement est moindre pour les petits risques, pour lesquels interviennent toutefois les assurances complémentaires.

Aux États-Unis, le remboursement varie et dépend du programme auquel le patient appartient (Medicare, Medicaid, assurances privées). Souvent, les polices d'assurance ne comprennent pas d'assurance dentaire ou optique. En l'absence d'assurance, ou d'une assurance de bonne qualité, nombre d'Américains modestes ne peuvent se soigner et doivent compter sur les organisations caritatives, ou retardent les soins. Les Américains sont ainsi 22% à déclarer avoir renoncé à des consultations médicales pour raisons financières dans les douze derniers mois. Ce nombre atteint 32% concernant le renoncement aux soins dentaires pour les mêmes raisons. En France, le taux de renoncement aux soins médicaux pour raisons financières est de 2%.

Les dépenses de gouvernance dans le système de santé américain atteignent des records

Ces dépenses comprennent l'ensemble des services qui soutiennent le fonctionnement des systèmes de santé (gestion des remboursements, autres frais administratifs des opérateurs publics et privés, frais de publicité pour les opérateurs privés, budget des ministères en charge de la santé et des différents opérateurs publics). En 2020, elles représentent 9% de la DCSi aux États-Unis contre 5,4 en France. Mais en France, les organismes complémentaires comptent pour 50% de ces dépenses tout en ne finançant que 13,4% des dépenses de santé.

L'une des raisons des surcoûts administratifs aux États-Unis tient à la complexité du système de facturation puisque, chaque personne ayant une assurance santé différente, cela engendre des frais de traitement de ces factures, aussi bien du côté des assurances que du côté des médecins qui doivent disposer de personnel administratif pour ces opérations.

En France, afin de moderniser le système de remboursement des assurés et de simplifier les démarches, la carte Vitale a été mise en place en 1998. Elle comporte toutes les informations

administratives nécessaires au remboursement des soins et à la prise en charge en cas d'hospitalisation.

Rôle de l'État

L'État français assure une forte régulation du système dans son ensemble, alors que le rôle de l'État fédéral américain est limité.

En France, il n'est pas possible d'ouvrir une pharmacie sans autorisation administrative. L'État, par ses agences régionales de santé, contrôle toutes les autorisations en matière hospitalière, que les hôpitaux soient publics ou privés. L'État fixe également les nomenclatures de tous les actes médicaux, le tarif et le taux de remboursement de chaque médicament, radiographie ou examen de biologie. À l'échelon national, il nomme tous les directeurs et tous les médecins des hôpitaux publics (lesquels emploient 850 000 personnes). Les médecins libéraux restent cependant libres de leur installation et de leurs prescriptions.

Aux États-Unis, l'État fédéral est chargé de la sécurité sanitaire des produits de santé, de la surveillance des maladies et épidémies, il finance la recherche médicale et gère les programmes publics d'assurance (Medicare et Medicaid). Il ne contrôle ni les institutions ni les professionnels de santé. Chaque État fédéré définit ses propres règles concernant l'exercice de la médecine et l'encadrement des assurances, ces dernières bénéficiant généralement d'un large pouvoir pour déterminer les niveaux de remboursement.

Les tarifs médicaux sont fixés de manière libre, ce qui engendre des prix dans le secteur de la santé 64% plus élevés qu'en France. Le tarif d'une consultation chez un médecin généraliste est ainsi de 150 dollars pour une visite contre 25 euros en France. Une inflexion à ce principe de liberté des prix a toutefois été votée en août dernier par le Congrès (alors à majorité démocrate) sous l'impulsion de l'administration Biden, bien qu'elle ait été féroce combattue par les laboratoires pharmaceutiques : à partir de 2026, le programme Medicare pourra pour la première fois négocier le prix de certains médicaments avec les laboratoires pharmaceutiques et, depuis le 1^{er} janvier 2023, le gouvernement plafonne le reste à charge des patients Medicare atteints de diabète à 35 dollars pour leurs traitements mensuels d'insuline.

La liberté du patient

Le libre choix du patient, principe fondamental de la législation sanitaire française, est nettement

plus limité aux États-Unis pour des raisons financières.

Le système français est composé d'un réseau intégré d'hôpitaux publics, de cliniques privées, de médecins et autres acteurs de la santé. Le manque de coordination entre les différents acteurs dans la prise en charge du patient est un reproche souvent adressé à ce système, qui repose sur la liberté de choix du patient : chaque patient est libre de choisir son médecin traitant, un spécialiste en accès direct, son établissement de santé, sa structure d'hébergement, ceci dans le secteur public comme dans le secteur privé.

De leur côté, les assurances privées américaines ont souvent un réseau restreint de fournisseurs, toute consultation en dehors de ce réseau pouvant ne pas être remboursée ou l'être très peu. Les Accountable Care Organizations (ACO), axe peu connu de la réforme Obamacare, sont des organisations sous contrat avec un ou plusieurs financeurs publics ou privés, qui coordonnent des offreurs de soins, responsables collectivement de la qualité des soins et des dépenses de santé pour une patientèle commune. Elles se sont toutefois peu développées et ont des résultats mitigés aussi bien en termes d'amélioration de la qualité des soins qu'en termes de diminution des coûts.

Cette comparaison ne doit pas faire oublier que les deux systèmes de santé sont confrontés aux mêmes défis de grande ampleur : dépenses croissantes en raison de l'augmentation de la population et de son vieillissement, progrès des techniques médicales, progression régulière des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, cancers, maladies neurodégénératives, etc.), déserts médicaux.

Le système français, basé sur des principes d'universalité, d'égalité, d'accessibilité et de qualité, a été fortement secoué par la pandémie qui a révélé l'appauvrissement des structures de soins, où les soignants dénoncent le manque de personnels qualifiés et les salaires insuffisants.

Aux États-Unis, où des notions comme la responsabilité personnelle et la liberté sont davantage privilégiées et où la centralisation est rejetée, la crise liée à la pandémie de coronavirus n'a suscité aucune modification de fond du système de santé. Le gouvernement fédéral n'a pris que des mesures d'urgence pour pallier les failles du système de santé (prise en charge des tests de dépistage et des soins pour les personnes non assurées, prise en charge de congés maladie payés qui ne sont pas obligatoires et dépendent des employeurs, et financement des respirateurs et des masques), mais elles n'ont duré que le temps pendant lequel les crédits alloués étaient disponibles. Toute tentative de réforme plus large se heurte à des résistances très fortes au niveau politique de la part du Parti républicain, mais aussi des sociétés d'assurance et de *Big Pharma*.

1. Céline Jaeggy est directrice des affaires juridiques et institutionnelles à l'Unédic depuis janvier 2021. De 2016 à fin 2020, elle a été conseillère pour les affaires sociales à l'ambassade de France aux États-Unis. Elle a également travaillé en collectivités locales et a occupé divers postes au ministère du Travail et au ministère de la Santé et des Affaires sociales. Entre 2014 et 2016, elle a été chargée des politiques de l'emploi au cabinet du ministre du Travail. Elle est diplômée de l'Institut d'études politiques de Strasbourg et ancienne élève de l'ENA.
2. Les chiffres cités sont presque tous, sauf précision, issus de la publication de la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), *Les dépenses de santé en 2021, édition 2022. Résultats des comptes de la santé*. Cette publication s'appuie sur le System of Health Accounts (SHA), piloté par l'OCDE, Eurostat et l'OMS. Le SHA prévoit un cadre harmonisé de présentation des statistiques de santé, pour favoriser les comparaisons internationales.