

Info Santé USA

Note

Le système de soins américain en mauvaise posture

Les Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) – Agence fédérale du Ministère de la Santé américain, chargée de la gestion des programmes d'assurance médicale des personnes âgées (Medicare) et des pauvres (Medicaid) viennent de rendre publiques les statistiques consolidées des dépenses de santé pour l'année 2006 aux Etats-Unis. Ces résultats ont été publiés dans la revue «Health Affairs»¹. Dans le même numéro de cette revue est présentée une étude, conduite dans 19 pays de l'OCDE par une équipe d'économistes de la Santé de la « London School of Hygiene », visant à évaluer les performances des systèmes de soins². Il ressort de ces deux analyses les principaux éléments suivants :

1. Les dépenses de santé progressent de façon inexorable aux Etats-Unis.

Ces dépenses ont atteint en 2006 le montant record de 2.1 trillions de dollars, en progression de 6.7 % par rapport à 2005, soit 7000 dollars per capita et 16 % du PNB.

Cette «facture» est partagée pour 40 % par le gouvernement fédéral qui couvre 710 milliards de ces dépenses au travers de ses programmes Medicare, (400 milliards) et Medicaid (310 milliards) et les gouvernements des Etats et les collectivités locales ; par les ménages qui financent 31% de ces dépenses et les employeurs 25%.

Les principaux postes de dépenses demeurent les soins hospitaliers (650 milliards, 31%), les prestations des médecins (447 milliards de dollars, en augmentation de 5.9%), les soins de long séjour (125 milliards, + 3.5%) et les médicaments (217 milliards).

Ce dernier volet qui ne représente que 10% de la totalité des dépenses de santé est néanmoins celui qui subit la plus forte progression (+8.5%/2005) en raison de la mise en application de la nouvelle loi portant réforme du Medicare, adoptée en 2005 et qui vise notamment à inclure le remboursement des médicaments sur prescription dans les prestations du dispositif Medicare.

Cette mesure a entraîné en 2006 une dépense additionnelle de 41 milliards de dollars dans le budget de Medicare qui couvre désormais un tiers des dépenses totales de médicaments. Cette inflation des dépenses de médicaments serait liée, selon les experts des CMS à une augmentation de la consommation (meilleur accès des personnes âgées aux médicaments) et non pas à une progression des prix maîtrisés en grande partie par une diffusion de plus en plus large des médicaments génériques (en 2006 les génériques ont représenté 65 % des prescriptions vs 56 % en 2005).

2. Les médiocres performances du système de soins américain

Les experts de la London School of Hygiene ont évalué et comparé les performances des systèmes de soins durant la période 1997-98 et la période 2002-2003. Sur la base d'un indicateur original, la mortalité

¹ National Health Spending in 2006. Health Affairs 2008;27:14-29

² Measuring the Health of Nations: updating an earlier analysis. Health Affairs: 2008; 27:58-71

«évitable par le système de soins», définie par les auteurs comme le taux de décès par certaines causes chez les personnes de moins de 75 ans évitables en présence d'un système de soins accessible et efficace

Les données de mortalité ont été extraites des statistiques de l'OMS. Cette mortalité «évitable» a représenté en 2002-3 en moyenne 23 % de la mortalité totale chez les hommes et 32 % chez les femmes dans les 19 pays étudiés. Cet indicateur était de 115/100 000 personnes en 1997-98 et de 110/100 000 en 2002-3, plaçant les Etats-Unis respectivement au 15^{ème} puis au dernier (19^{ème}) rang parmi les pays étudiés (la France se positionnant en tête – no 1 – avec respectivement 76 et 65 / 100 000 sur ce même critère).

La réduction de cette mortalité «évitable» au cours des 5 années séparant les 2 périodes analysées a été en moyenne de 16 %, mais seulement de 4 % aux Etats-Unis.

Les auteurs de cette étude estiment que si les performances du système de soins américain étaient du niveau de celui des 3 « meilleurs » pays (France, Japon, Australie) entre 75 et 101 000 décès auraient été évités aux Etats-Unis en 2003.

Ces deux études, cohérentes avec d'autres enquêtes³ confirment que le rapport coût-efficacité du système de soins américain est le plus médiocre parmi les pays industrialisés.

La libéralisation extrême du marché de la Santé caractérisé par une absence de toute réelle tentative de maîtrise des coûts des services et des produits de santé ainsi que de régulation des primes et des prestations des assurances médicales privées conduisent les Etats-Unis à s'enfoncer dans une spirale inflationniste des dépenses de santé et une dégradation des performances de son système de soins.

Cette situation pèse de plus en plus lourdement sur les finances publiques fédérales, la compétitivité des entreprises et l'économie des ménages (700 000 faillites familiales liées aux frais médicaux ont été enregistrées en 2006) et creuse inexorablement les inégalités sociales en matière de couverture médicale (16 % de la population n'est pas assurée), d'accès aux soins et d'état de santé. Ces publications devraient étayer les inquiétudes des usagers américains et alimenter le débat sur le thème de l'accès aux soins et de la couverture du risque maladie dans le cadre de la campagne pour l'élection Présidentielle 2008.

Pratique de Santé

Le médecin généraliste hospitalier : une nouvelle spécialité médicale aux Etats-Unis

Depuis une dizaine d'années, une nouvelle catégorie de praticiens se développe aux Etats-Unis les «hospitalists» (médecins généralistes hospitaliers), qui assurent des prestations de médecine générale auprès des patients hospitalisés.

Traditionnellement aux Etats-Unis, les patients hospitalisés restent suivis par leurs médecins traitant en liaison avec les spécialistes (chirurgiens, cardiologues, oncologues...) auxquels ils sont adressés. A cet effet, le médecin traitant effectue des visites régulières de ses patients au cours de leur hospitalisation afin de coordonner les soins. C'est ce rôle qui est «sous-traité» aux «hospitalists » temps-plein qui prennent en charge le suivi médical du séjour du patient au cours de son séjour à l'hôpital.

Cette spécialité est en pleine expansion et le nombre d' «hospitalists » est passé de quelques centaines en 1997 à plus de 20 000 aujourd'hui selon la « Society of Hospital Medicine ». Une étude publiée récemment dans le New England Journal of Medicine⁴ a montré que la présence d' «hospitalists » permettait de réduire d'une demi-journée un séjour moyen de 4 jours à l'hôpital, mais n'offrait qu'une diminution modeste du coût total de l'hospitalisation par rapport au suivi habituel par le médecin traitant. Ce dernier connaissant parfaitement les antécédents et le parcours pré hospitalier de ses patients, passait moins de temps auprès de ses malades et prescrivait moins d'examen que l'«hospitalist ».

Les objectifs de l'étude ne portaient pas sur la qualité des soins, néanmoins les auteurs soulignent l'intérêt de cette pratique en termes de permanence de la surveillance médicale offerte par la présence à temps plein du médecin généraliste hospitalier.

³ Données de Santé de l'OCDE (2007): les Etats-Unis se classent à la 28^{ème} place pour la mortalité infantile, la 24^{ème} pour l'espérance de vie.

⁴ NEJM 2007 ; 357 : 2589-2600

46 millions d'américains souffrent d'arthrite

Selon un rapport publié récemment par l'«Arthritis Foundation»⁵ en collaboration avec les «Centers for Disease Control and Prevention» d'Atlanta, les maladies arthritiques touchent 21 pour cent de la population adulte américaine et, constituent la cause la plus courante de handicap aux Etats-Unis. Les coûts directs (soins médicaux) et indirects (perte d'activité, de productivité) associés à ces maladies sont estimés à 128 milliards de dollars par an.

Près des 2/3 des individus atteints d'arthrites ont moins de 65 ans et 60% sont des femmes. Parmi ces maladies articulaires, l'ostéoarthrite, pathologie provoquée par une destruction progressive du cartilage des articulations est de plus en plus fréquente (+22% au cours des 15 dernières années) en raison du vieillissement de la population et probablement de l'épidémie d'obésité qui constitue un facteur de risque d'ostéoarthrite du genou (l'une des localisations les plus fréquentes).

En revanche les affections articulaires inflammatoires chroniques comme l'arthrite rhumatoïde sont en diminution (2.1 millions de cas en 1990, 1.3 millions en 2005) sans que les chercheurs en connaissent l'explication.

Les prévisions d'évolution de la fréquence des maladies articulaires sont pessimistes. A l'horizon 2030, 67 millions d'américains seront atteints d'une de ces affections, soit en augmentation de 40% par rapport à la prévalence actuelle.

Les auteurs du rapport insistent sur l'exercice physique et le contrôle du poids pour prévenir l'apparition ou maîtriser l'évolution de ces maladies.

Prévention

La diffusion incontrôlée des tests génétiques chez les consommateurs américains

En échange d'un échantillon de salive et d'un chèque, les consommateurs américains peuvent désormais avoir accès sans prescription et sans contrôle à des centaines de tests génétiques prédictifs de leurs risques vis-à-vis de certaines maladies chroniques telles que cancers, affections cardiaques, diabète, muscoviscidose, affections du sang...

Face à cette situation, le Secrétaire à la Santé américain a réuni un panel consultatif de 15 experts⁶ chargés d'émettre des recommandations en matière d'encadrement réglementaire et de contrôle de qualité de la commercialisation de ces tests. Le dernier rapport (provisoire) de ce Comité, fait un état des lieux préoccupant des conditions d'utilisation de ces tests.⁷

Selon le Comité, il n'existe en fait aucune exigence réglementaire ni supervision de la qualité (précision, validité), des conditions d'utilisation et de l'interprétation de ces tests. Ceux-ci font pour la plupart l'objet d'un marketing direct auprès des consommateurs reposant sur des allégations souvent non-documentées, fausses ou trompeuses. Le Comité s'inquiète des conséquences nocives potentielles pour les usagers de telles pratiques, citant des exemples de femmes faussement « dépistées » par ces tests comme à risque de développer un cancer du sein ou des ovaires, ayant conduit à l'ablation chirurgicale « préventive » de ces organes ou à l'inverse des exemples de retard à une prise en charge précoce d'affections sur la base de tests faussement négatifs. Le Comité souligne également le décalage entre la diffusion rapide de ces nouveaux tests et l'insuffisance de formation et d'information des médecins traitant pour en apprécier l'opportunité et en interpréter les résultats.

Le panel n'a, à ce jour, pas de mandat pour évaluer les aspects éthiques et sociaux de l'utilisation des tests génétiques. Néanmoins, il évoque les conséquences d'un usage non contrôlé de ces tests en termes d'emploi, de couverture sociale et de stigmatisation.

L'industrie des tests génétiques est partagée entre ceux qui affirment être capables d'encadrer eux-mêmes la qualité et la diffusion de leur production et souhaitent protéger l'innovation et ceux (telle l'American

⁵ www.arthritis.org/ et Arthritis Rheum. 2008 ; 58 : 15-25

⁶ Secretary's Advisory Committee on Genetics, Health and Society

⁷ « US System of Oversight of Genetic Testing » <http://www4.od.nih.gov/oba/sacghs.htm>

Clinical Laboratory Association) qui appellent de leurs vœux l'intervention des autorités sanitaires pour encadrer cette activité. A ce sujet, le Comité déplore l'éclatement des responsabilités du gouvernement fédéral en matière de réglementation de cette nouvelle catégorie de tests biologiques.

Ainsi au sein du Ministère de la Santé américain, les Centers for Medicare and Medicaid Services contrôlent les «bonnes pratiques» des laboratoires de biologie clinique et la Food and Drug Administration (FDA) est mandatée pour contrôler les tests au titre des dispositifs médicaux. De son côté, la Federal Trade Commission encadre le contenu des publicités et des activités de marketing.

Il n'existe pas de recensement exhaustif de ces tests au niveau fédéral. Selon le Comité, plus de 1100 tests seraient actuellement sur le marché ciblant 2% de la population. Cette cible pourrait rapidement atteindre 60% avec les nouveaux tests en développement.

Le débat reste donc ouvert sur l'opportunité d'une réglementation fédérale d'une pratique dont le développement explosif risque à moyen terme de devenir incontrôlable.

Politique de vaccination contre les papilloma virus humains⁸

Le vaccin contre les papillomavirus humains (HPV) a reçu l'autorisation de mise sur le marché en 2006 aux Etats-Unis pour utilisation chez les filles et les femmes de 9-26 ans. Ce vaccin vise à protéger les adolescentes et les jeunes femmes des infections à transmission sexuelle par certaines souches de HPV responsables à plus long terme de cancer du col de l'utérus.

Les infections par HPV sont fréquentes aux Etats-Unis. Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) estiment que 27% des femmes américaines âgées de 14 à 59 ans sont porteuses de HPV dont l'infection chronique constitue la principale cause de cancer du col de l'utérus. L'incidence annuelle de ce type de cancer est de 11 000 cas et la mortalité de 3 700. Les coûts engendrés par la surveillance et le traitement des infections par HPV ont été estimés à 3 milliards de dollars.

Aux Etats-Unis, seul le vaccin fabriqué par le laboratoire Merck (Gardasil) est à ce jour commercialisé et la vaccination complète (3 doses) coûte 360\$.

Le comité fédéral consultatif sur les vaccinations (ACIP),⁹ recommande de vacciner toutes les filles à l'âge de 11-12 ans ainsi qu'un «rattrapage» chez les adolescentes et les jeunes femmes de 13 à 26 ans non vaccinées.

La grande majorité des compagnies d'assurance santé privées remboursent cette vaccination dans le cadre des recommandations de l'ACIP.

Les programmes publics de vaccination financent cette vaccination chez les personnes de moins de 21 ans, non couvertes par une assurance privée. En revanche il n'existe aucune source de financement pour les adultes de plus de 21 ans.

27 Etats envisagent de rendre cette vaccination obligatoire pour l'admission à l'école mais seul 1 Etat, la Virginie, a voté à ce jour cette obligation. Par ailleurs, 17 Etats ont déposé des projets de loi visant à exiger des assureurs, la prise en charge de cette vaccination. Ces projets sont devenus effectifs dans 5 Etats.

Au total, bien que la vaccination contre HPV ait fait l'objet d'une recommandation de couverture universelle des filles et des jeunes femmes américaines, il persiste de nombreux écueils financiers, d'information et d'acceptabilité du public ainsi que d'accès aux services de vaccination qui limitent la diffusion de cette nouvelle vaccination aux Etats-Unis. Selon les CDC, à l'été 2007, seuls 10% des femmes âgées de 18-26 ans avaient été vaccinées par le vaccin contre HPV.

Documentation/Publications

-Site d'information grand public sur la Santé et le vieillissement. :

<http://www.nihseniorhealth.gov>

Les National Institutes of Health (National Institute of Aging, National Library of Medicine) en collaboration avec l'American Geriatrics Society ont créé un site internet d'informations sur les questions de santé et vieillissement destiné aux personnes âgées (seniors), à leur famille et à leur entourage. Le site est dans sa conception adapté aux capacités d'accès et de compréhension des « Seniors » à des informations et des conseils sur support électronique.

*Rédacteur et
Responsable de la publication
Jacques Drucker (CAS)
Mise en page
Rose Marie Josselin (Assistante)*

*Service des Affaires Sociales/Santé
Ambassade de France à Washington
4101 Reservoir Road, NW
Tel. 202 944-6232
e-mail : healthoffice@ambafrance-us.org*

⁸ HPV vaccine: implementation and financing Policy in the US/women's health policy facts (2-2008): www.kff.org

⁹ CDC. Advisory Committee on Immunization Practices. Provisional Recommendations for the use of quadrivalent HPV vaccine, 6/29/06.