

LES ÉTATS-UNIS ET LA SANTÉ

L'exercice de la médecine aux États-Unis

Denise Silber

Peu de détails pratiques sont directement comparables dans l'exercice de la médecine entre les États-Unis et la France même si, sur le fond, les ressemblances sont fortes. Le médecin américain, comme le français, a choisi ce métier pour soigner. Il peut exercer à l'hôpital ou en ville, être salarié ou aux honoraires. Il est censé faire de la formation médicale continue, entretenir une bonne communication avec ses patients, intégrer au plus tôt dans sa pratique le dossier médical électronique, se conformer aux référentiels, proposer les meilleurs choix en termes de rapport qualité/prix. Mais, pour le confrère d'outre-Atlantique, des études de médecine jusqu'à la vie professionnelle au quotidien, les modalités pratiques sont spécifiques à son pays, voire à l'État dans lequel il exerce.

DES DÉBUTS DIFFICILES

Commençons par le début : être admis en médecine aux États-Unis est difficile. N'entre pas à la faculté de médecine qui veut. Les études de médecine sont réservées aux titulaires de licence (Bac + 4) d'une université américaine accréditée, à l'issue d'un cursus de « prémedecine ». « *Pre-med* » en anglais consiste en une douzaine de cours obligatoires (maths et sciences) que l'étudiant doit insérer parmi les trente-deux matières de la licence. Le futur médecin doit aussi avoir : obtenu un score élevé à un examen national dit MCAT (admission aux facultés de médecine), réussi une rédaction, être recommandé par le « comité de conseils en médecine », s'entretenir avec un comité d'admission et avoir témoigné d'un esprit de service et de bénévolat lors de stages de type humanitaire ou médical.

Il existe cent vingt-six écoles de médecine aux États-Unis, toutes accréditées par deux organismes, dont l'American Medical Association (AMA), qui représente 19% seulement des médecins actifs, mais qui est encore une puissante force de lobbying. L'AMA publie le *JAMA*, journal médical le plus vendu dans le monde.

En 2006, environ 40 000 candidats ont postulé pour 18 000 places effectives¹ ; ce ratio de 44% de succès paraît élevé si l'on ignore la sélection sévère qui a précédé. Ajoutons que ces études sont très coûteuses : le jeune diplômé devant rembourser plus de cent mille dollars, il en tiendra compte dans son choix d'activité professionnelle.

Les études de médecine durent quatre ans et sont divisées en deux phases : préclinique et clinique. La partie préclinique d'environ deux ans comprend : l'anatomie, la biochimie, la physiologie, la pharmacologie, l'histologie, l'embryologie, la pathologie, la pathophysiologie et les neurosciences. L'étape « clinique » d'environ deux ans se déroule dans des services hospitalo-universitaires où les étudiants font des stages en médecine interne, chirurgie, pédiatrie, médecine des familles, gynéco-obstétrique, neurologie, psychiatrie. Ils doivent encore réussir deux examens qui conduisent à leur titularisation dans l'État où ils subissent l'examen, puis effectuer un *internship* et passer un troisième examen.

SEPT CENT MILLE MÉDECINS NE SUFFISENT PAS

Le nombre de médecins en exercice aux États-Unis est insuffisant. Parti de 220 000 actifs² en 1950, le pic a été de 772 000 en 2000 pour atteindre 700 000 en 2008. Le nombre d'étudiants pour 100 000 habitants aura, lui, baissé entre 1980 et 2020 de 7,4 à 5,5. Tout ceci tombe mal, au vu du vieillissement des « *baby-boomers* » nés entre 1945 et 1965.

Pourquoi ? Entre 1950 et 1990, le nombre de médecins a augmenté de 173%, passant de 142 à 270 pour 100 000 habitants³. Les médecins se dirigent vers les villes les plus aptes à les rémunérer ; les zones rurales sont restées sous-équipées. D'autre part, le nombre de spécialistes a augmenté beaucoup plus (121%) que celui des généralistes (13%).

En 1994, le Conseil sur les études médicales (Council of Graduate Medical Education, COGME) prévoyait un surplus de 165 000 spécialistes grâce aux économies qu'allaient apporter les HMO⁴. Les postes d'interne en spécialité ont donc été réduits. Le nombre d'étudiants en médecine a été plafonné à 16 000 par an. En 2003, le COGME a changé d'avis et recommandé que le nombre d'étudiants en médecine soit augmenté pour atteindre 27 000 en 2015, mais il manquera encore 20 000 gériatres⁵.

1. Medical School Expansion Plans: Results of the 2006 AAMC Survey Center for Workforce Studies. American Association of Medical Colleges, february 2007.

2. Shi L., Singh D.A., *Delivering Health Care in America*, Jones and Bartlett, 2004.

3. Shi L., Singh D.A., *op. cit.*

4. Les HMO (*health maintenance organizations*) sont des organisations d'assurance financées par des employeurs, qui passent des contrats de soin avec des professionnels de santé et des hôpitaux afin de bénéficier de meilleurs tarifs. La majorité des professionnels de santé passe des contrats avec de multiples HMO afin de pouvoir prendre tous les patients qui viennent les voir. Certaines HMO comme Kaiser rendent « captifs » leurs PS qui ne travaillent pour aucune autre HMO. Quelques-unes salarient leurs professionnels. Voir aussi, dans ce numéro, l'article de J.-F. Lacroix.

5. http://www.ohio.com/news/top_stories/17717919.html?page=1&c=y

6. *Health Affairs*, 26, 4, 1159-1169, 2007.

7. New York, New Jersey, Pennsylvanie, Ohio, Maryland, Florida, Illinois, Michigan, Texas, Californie.

Le COGME est-il sous l'influence de l'AMA qui cherche à contrôler le nombre de médecins pour maintenir leur situation financière ? Cette théorie simpliste est au moins partiellement vraie, mais elle n'a pas suffi à verrouiller la population de médecins. Le nombre de médecins ayant obtenu leur diplôme dans une école située hors d'Amérique du Nord⁶ a augmenté pour atteindre 180 000, soit un quart des médecins actifs, malgré les nombreux obstacles qu'ils doivent franchir.

En 2001, la majorité des médecins américains d'origine étrangère venait de sept pays : Inde (20%), Philippines (10,7%), Mexique (6,2%), Pakistan (4,5%), Chine (5,3%), Corée (2,7%), République Dominicaine (1%). Ces médecins exercent surtout dans dix États ayant des grandes villes⁷, et de véritables filières se sont construites. Les Belges, Italiens, Suisses et Israéliens s'implantent à New York ; les Latino-Américains en Floride ; les médecins d'origine indienne représentent 25% des médecins étrangers dans le Sud. Depuis les événements du 11 septembre 2001, la restriction des visas freine leur arrivée, mais on continue de répéter qu'il y a plus de médecins éthiopiens à Chicago qu'en Éthiopie.

CENT TRENTE ET UNE SPÉCIALITÉS, DES MÉTIERS PARTICULIERS

Les médecins américains sont divisés en PCP, ou *primary care physicians*, et spécialistes. Les PCP comprennent la médecine générale, la médecine de la famille, les pédiatres, les internistes. Les spécialistes poursuivent leur formation pendant plusieurs années avant d'être « certifiés ». Les spécialités sont divisées en grands groupes : médecine interne, gynéco-obstétrique, chirurgie, radiologie, anesthésiologie, anatomo-pathologie, psychiatrie, autres.

L'American Board of Medical Specialities (ABMS) est une association à but non lucratif fondée en 1933 et comprenant vingt-quatre *boards* qui certifient des médecins dans cent trente et une spécialités et sous-spécialités. Près de 700 000 médecins bénéficient de certificats octroyés par l'ABMS. La médecine interne, la médecine de la famille, la pédiatrie sont les plus représentées. Tout est spécialité, y compris la médecine générale.

Notons un métier qui n'existe pas en France : l'assistant médical, ou *physician's assistant* : un professionnel de santé qui a fait des études de médecine plus courtes et ne peut donc gérer seul un cabinet. Il fait cependant l'interrogatoire, l'examen clinique, porte un diagnostic, prescrit, adresse des patients à un spécialiste. Il y en a 68 000 aux États-Unis. Leur revenu moyen en 2006 était de 100 000 dollars.

**DES FILIÈRES PROFESSIONNELLES COMPARABLES
MAIS DES REVENUS NETTEMENT PLUS ÉLEVÉS**

8. Shaw K.K. *The Ultimate Guide to Finding the Right Job after Residency*, McGraw Hill, 2006.

9. Allied Physicians, Inc., Los Angeles Times and Rand McNally, June 2006 (www.allied-physicians.com/salary_surveys/physician-salaries.htm).

Un médecin américain a de nombreuses options de carrière. Un livre⁸ décrit huit filières, chacune avec ses avantages et inconvénients (tableau 1).

Le nombre d'heures travaillées varie de 45 à 61 heures par semaine selon la spécialité, ce qui semble presque faible comparé à l'horaire d'un médecin français (tableau 2).

Concernant les revenus (nets mais avant impôt), les sommes sont très supérieures à celles pratiquées en Europe⁹ (tableau 3).

Si ces chiffres étaient plus faibles, les mêmes personnes accepteraient-elles les contraintes de la profession ? Probablement pas, puisqu'elles ont des études à rembourser et des alternatives dans d'autres métiers des sciences de la vie.

Tableau 1. Avantages et inconvénients des différents modes d'exercice.

Mode d'exercice	Avantages	Inconvénients
Créer seul son cabinet	Responsabilité, efficience de son propre travail, pas de conflits	La pression, le manque d'économies d'échelle, le risque financier
S'associer à un praticien pour former un cabinet à deux	Une clientèle, efficience de gestion, les gardes, l'échange, la camaraderie	Les conflits, subir des procédures déjà définies, les gardes, les patients difficiles
Rejoindre un groupe dans une même spécialité	La réputation, les ressources existantes, mutualisation de l'informatique, les investissements, le marketing	Conflits de personnes
Rejoindre un groupe multispécialités	<i>Idem</i>	Manque de mutualisation des équipements par spécialité
Devenir salarié d'une HMO	Pas de risque financier	Salaire fixe, moindre liberté
Rester à l'hôpital dans une voie universitaire	Interaction étudiante, salaire stable, pas besoin de gérer l'aspect économique de la médecine, avantages sociaux, challenge intellectuel, environnement de soutien	Nécessité de rechercher des bourses, incertitude de l'évolution, politique interne, salaires plus faibles
Faire des remplacements	Maîtrise de son planning, pas de risques financiers	Nécessité de s'adapter au contexte, pas de relations de longue durée avec patients et collègues, incompatible vie familiale
Travailler pour le gouvernement américain (les anciens combattants VHA, l'armée, etc.)	Filière académique, avantages sociaux, salaire et heures stables, sens civique, « oublié » de l'emprunt	Salaire fixe, autonomie limitée, monotonie...

Tableau 2. Nombre d'heures travaillées par spécialité.

Spécialité	Nombre heures/semaine
Anesthésiologie	61,0 h
Gynécologie-obstétrique	61,0 h
Urologie	60,5 h
Chirurgie générale	60,0 h
Radiologie	58,0 h
Médecine interne	57,0 h
Neurologie	55,5 h
Pédiatrie	54,0 h
ORL	53,5 h
Médecine de la famille	52,5 h
Psychiatrie	48,0 h
Ophthalmologie	47,0 h
Médecine d'urgence	46,0 h
Dermatologie	45,5 h
Anatomo-pathologie	45,5 h

Tableau 3. Revenus nets avant impôt par spécialité (en dollars américains).

Spécialité	Revenus années 1-2	Revenus maximum
Chirurgie orthopédique	256 000	1 352 000
Neurochirurgie	354 000	936 000
Radiodiagnostic	201 000	911 000
Chirurgie plastique	237 000	820 000
Cardiologie interventionnelle	290 000	811 000
Chirurgie cardiovasculaire	336 000	811 000
Radiothérapie	241 000	787 000
Hématologie/Oncologie	181 348	685 000
Anesthésiologie	315 000	651 000
Urologie	261 000	619 000
Médecine materno-fœtale	286 000	610 000
Anatomo-pathologie	169 000	610 000
Cardiologie	268 000	599 000
Gastro-entérologie	265 000	590 000
Chirurgie générale	226 000	520 000
Oto-rhino-laryngologie	194 000	516 000
Ophthalmologie	138 000	511 000
Allergologie	158 000	487 000
Oncologie médicale	198 000	455 000
Dermatologie	195 000	452 000
Néphrologie	191 000	447 000
Gynécologie-obstétrique	211 000	417 000
Pneumologie	215 000	417 000
Pédiatrie	135 000	398 000
Rhumatologie	179 000	378 000
Neurologie	180 000	345 000
Médecine d'urgence	192 000	295 000
Podologie	128 000	292 000
Médecine du travail	139 000	290 000
Maladies infectieuses	154 000	271 000
Pédiatrie	139 000	271 000
Médecine de la famille	161 000	239 000
Médecine interne	154 000	238 000
Psychiatrie	149 000	238 000

L'INSTALLATION, UNE DÉCISION LOURDE*L'étude de marché*

Avant de s'installer aux États-Unis, le médecin rigoureux fera, seul ou moyennant recours à des consultants spécialisés, une étude tenant compte des éléments suivants : ratio médecins installés/population ; proximité d'un bon hôpital ; coûts d'installation et coût de la vie ; coût des assurances et taux de procès pour négligence « réussis » ; taux de remboursement par les assureurs et leur part de marché, afin d'éviter d'être captif de grands assureurs.

L'organisation

Le nombre de médecins de ville exerçant seuls aux États-Unis est estimé à moins du tiers, car même l'installation à deux ne permet pas de mutualiser les dépenses d'un cabinet bien installé, plus son informatique, la présence sur place de secrétaire(s), voire d'une infirmière dédiée – sans évoquer la question des heures de présence requises.

La durée de la consultation n'est pas comparable à celle pratiquée en France car ni l'accueil, ni la mesure des indicateurs vitaux, ni l'administratif ne sont du ressort du médecin. Même le patient participe, en remplissant seul un questionnaire dans la salle d'attente. Concernant la durée de la consultation à proprement parler, les études la situent à dix-sept minutes en moyenne¹⁰.

Le médecin peut être rémunéré directement par les patients, par les assureurs de type HMO, par Medicare (assurance nationale pour seniors), par Medicaid (assurance nationale pour les démunis). La grande majorité des patients sont pris en charge au moins partiellement par l'un des payeurs, mais la gestion de la facturation est une activité importante du cabinet.

Contrairement à la France, les médecins américains, comme toutes les professions libérales, peuvent depuis les années 1980 faire leur marketing. Ce marketing, devenu indispensable, va dépendre des moyens disponibles et des enjeux. Un grand cabinet de groupe peut aller jusqu'à faire de la publicité sur des chaînes de télévision locales. La mise en œuvre d'un site Internet pour le cabinet est très courante¹¹. Ces éléments restent « de bon goût » et respectent les règles de déontologie.

Informatisation

Quasiment tous les médecins sont informatisés aux États-Unis, mais le nombre de cabinets qui déploient un dossier médical électronique et communicant est très minoritaire. En Californie, l'État le plus informatisé, 13% seulement des médecins qui exercent seuls utilisent le dossier médical électronique¹².

10. Lo A., Ryder K., Shorr R.L., « Relationship Between Patient Age and Duration of Physician Visit in Ambulatory Setting: Does One Size Fit All? » *J. Am. Geriatr. Soc.*, 53 (7), 1162-7, July 2005.

11. Rappelsons qu'un médecin peut aussi créer son site Internet en France.

12. Silber's Blog : <http://www.denisesilber.com/silberblog/2008/01/relation-direct.html>

La formation médicale continue

Le médecin doit suivre des cours de formation continue tous les deux ans. La FMC peut consister en réunions présentiels, en lecture de publications, en formations par Internet, chaque élément générant des points. Les fournisseurs de FMC doivent être agréés par l'ACCME, institution chargée de contrôler la FMC. L'industrie pharmaceutique peut subventionner le travail de ces organismes agréés mais n'intervient pas dans le contenu. Cependant, un rapport récent de la Josiah Macy Foundation met en cause non seulement des conflits d'intérêt financiers entre l'industrie pharmaceutique et la formation médicale continue, mais aussi les méthodes pédagogiques¹³.

13. Silber D., « FMC américaine : un rapport controversé », www.blogfmc.fr

Évaluation de la qualité

La production du médecin américain ne fait pas l'objet d'une évaluation permanente, à l'exception du système des anciens combattants (VHA) où tous les dossiers sont informatisés et où l'audit randomisé est pratiqué. En revanche, une étude américaine portant sur 430 indicateurs de qualité appliqués à 30 pathologies représentatives a montré que les référentiels sont respectés en ville aux États-Unis dans seulement 55% des cas¹⁴, taux qui est dépassé par la VHA.

14. Silber D., « L'exemple inattendu des Vets : comment ressusciter un système public de santé ? », Institut Montaigne, 2007.

« Malpractice »

Le nombre de procès contre les médecins américains pour mauvais traitement ou *malpractice* est inconnu. Mais comme perdre coûte cher, les procès sont moins fréquents qu'on ne l'imagine – moins de un pour cent des médecins seraient concernés. En cas de gain par le patient cependant, les sommes s'élèvent facilement à plusieurs centaines de milliers de dollars, ce qui nourrit le mythe et explique le coût des assurances.

CONCLUSION

Rappelons pour conclure cette remarque d'un organisme américain distingué, l'Institute of Medicine : « Bénéficiant des dernières technologies, mais fragmenté et inefficace, le système de soins des États-Unis est l'un des plus chers, le plus inégal en qualité, et peut-être le moins égalitaire des pays démocratiques. » Quelle est la responsabilité des médecins dans cet état de fait ? Si l'évaluation de la qualité n'est pas exigée par l'État, le médecin devrait-il la faire volontairement ? S'il est libre de s'installer où il le souhaite et de pratiquer des honoraires élevés, pourquoi ferait-il autrement ? Comment continuer d'attirer les meilleurs pour de longues études suivies d'un métier déjà contraignant ? Pour régler des problèmes aussi fondamentaux que l'accès

égalitaire à des soins de qualité par l'ensemble d'une population, ne faudrait-il pas revoir tout le système de soins ? La question est-elle américaine ou française...

contact**denise.silber@basilstrategies.com**

Spécialiste de l'e-santé et MBA Harvard, Denise Silber dirige Basil Strategies, consultants en santé et Internet (Paris). Elle est également présidente de l'Association pour la qualité de l'Internet santé (www.aqis.fr). Dernières publications : *Comment ressusciter un système public de santé ?* et *Livre blanc de la télécardiologie*. Son blog: www.denisesilber.com.