



HAL
open science

La réforme du système de santé américain

Thomas Souaidet

► **To cite this version:**

Thomas Souaidet. La réforme du système de santé américain. Economies et finances. 2011. dumas-00643293

HAL Id: dumas-00643293

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00643293>

Submitted on 3 Dec 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Master 1

Sciences économiques et gestion



La réforme du système de santé américain

Soutenu par M. Souaidet Thomas

Sous la direction de Madame Thoron Sylvie

Assesseur : Monsieur Aprahamian Frédéric

2010-2011

Résumé

Les États-Unis font partis des premières puissances mondiales, et ce pays consacre la plus grande partie de son budget à la santé, soit 16% du PIB en 2009.

Cependant, les américains ont l'un des systèmes de santé les plus inefficaces du point de vue de la couverture de la population. En atteste, le classement de l'OMS qui classe le système américain au trente-septième rang mondial, juste derrière le Costa Rica et devant la Slovaquie.

Le système de santé américain est très différent du système des autres pays industrialisés.

Il convient de comprendre l'organisation de la protection sociale, ainsi que de savoir pourquoi il est nécessaire d'avoir plusieurs compagnies d'assurance qui soit privée ou publique pour limiter les frais médicaux à la charge du patient.

Ainsi, il paraît important de comprendre comment un pays aussi puissant que les États-Unis puissent investir autant d'argent et afficher des résultats aussi négatifs, et, dans un second temps de trouver des solutions pour essayer de sauver le système américain.

Remerciements

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide lors de la rédaction de mon mémoire, surtout ma directrice de mémoire Madame Thoron pour sa disponibilité et ses remarques.

Table des matières

TABLE DES MATIERES	4
GRAPHIQUES ET TABLEAUX.....	6
INTRODUCTION	7
PARTIE I : DONNEES GENERALES DU SYSTEME DE SANTE	9
Chapitre 1 : Qu'est ce qu'un système de santé ?.....	9
Chapitre 2 : La nécessité de ce système.....	11
Chapitre 3 : Historique : un siècle de combat	13
PARTIE II : REFORME COMPLEXE DE L'ASSURANCE MALADIE AUX ÉTATS-UNIS	15
Chapitre 1 : Le fonctionnement du système de santé avant la réforme.....	15
1. Les assurances privées.	15
a. Couverture fournie par l'employeur.	16
b. L'assurance individuelle.....	16
2. L'assurance publique.....	17
a. Medicare.	17
b. Medicaid.	18
c. Les autres programmes publics.....	19
3. Les américains non-couverts.	19
a. L'évolution de cette population.	19
b. Les derniers recours.	20
c. L'organisation des soins	21
Chapitre 2 : La possibilité d'une assurance universelle ?	22
Chapitre 3 : Les couvertures médicales dans les états américains.....	25
1. La Californie	25
a. Le programme Medi-Cal.....	25
b. Le programme de santé familiale.	26
c. Le programme de santé pour les enfants.....	26
2. Le Massachusetts.....	27
3. Le Vermont	29
4. Le Tennessee.....	29
5. L'Oregon	29

PARTIE III : LA REGULATION DES COUTS DE SANTE AUX ÉTATS-UNIS31

Chapitre 1 : Un budget de santé colossal pour de faibles résultats..... 31

1. Des dépenses importantes 31
2. Une performance contestable 33
3. De fortes disparités..... 35
 - a. Des indicateurs d'inégalités 35
 - b. Des inégalités en termes d'accès à la santé..... 38

Chapitre 2 : Les facteurs qui poussent les dépenses vers le haut 40

1. Les dysfonctionnements du système d'assurance 40
2. Des dépenses de santé excessives..... 40
 - a. Une utilisation tempérée du système de santé 40
 - b. Des tarifs médicaux coûteux..... 41
3. La multiplication des services médicaux 43
 - a. Une médecine préventive..... 43
 - b. Le paiement à l'acte..... 45
 - c. Une communication entre les services de soins difficile 45

Chapitre 3 : Les pistes de solution 46

1. Le modèle Kaiser Permanente..... 46
 - a. La maîtrise des dépenses..... 46
 - b. Une organisation qui ne peut pas être modélisée au niveau national 46
2. Les économies prévues par la réforme du Congrès..... 47
 - a. La prévention au cœur des mesures 47
 - b. Une meilleure coordination des soins..... 47
 - c. De nouvelles rémunérations pour les médecins 47

PARTIE IV : COMPARAISON ÉTATS-UNIS-FRANCE48

Chapitre 1 : Le système de santé français..... 48

Chapitre 2 : Comparaison du modèle France- États-Unis..... 55

CONCLUSION59

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES61

ANNEXE.....65

Graphiques et tableaux

Références graphiques :

Graphique 1 : Les sources de dépenses de santé nationale en 2008	15
Graphique 2 : Les disparités aux États-Unis	20
Graphique 3 : Les dépenses de santé en proportion du PIB en 2008	32
Graphique 4 : Evolution des dépenses en pourcentage du PIB entre 1960-2008	33
Graphique 5 : Les dépenses de santé par habitant en 2008	34
Graphique 6 : Les dépenses de santé par habitant entre 1960-2007	35
Graphique 7 : L'espérance de vie.....	36
Graphique 8 : Dépenses pharmaceutiques par habitant en 2007.....	42
Graphique 9 : Croissance annuelle des dépenses pharmaceutiques entre 1997-2007.....	42
Graphique 10 : Nombre d'IRM pour 1000 habitants en 2007	44
Graphique 11 : Nombre de scans pour 1000 habitants en 2007.....	44
Graphique 12 : Le financement des dépenses courantes de santé en 2008	51
Graphique 13 : Reste à charge des ménages, financement et comparaison des dépenses de santé.....	53
Graphique 14 : Evolution du déficit du régime général de 1995 à 2008	54
Graphique 15 : L'évolution des dépenses sur la période 1970-2015	55

Références tableaux :

Tableau 1 : Plan de réforme dans le Massachusetts	28
Tableau 2 : Mortalité infantile : décès pour 1000 naissances vivantes	36
Tableau 3 : Nombre de lits d'hôpitaux.....	37
Tableau 4 : Les différentes couvertures et acteurs du système médicale français	49
Tableau 5 : Structure du financement de la dépense courante de soins et de biens médicaux	51

Introduction

Le secteur de la santé dans un système de protection sociale est un domaine intéressant par sa diversité selon les pays, son évolution et la place qu'il occupe dans les différentes mutations de la société. Aujourd'hui, la réforme de la santé lancée par le président Barack Obama fait face à de nombreuses critiques notamment par son principe de fonctionnement et son coût. C'est pourquoi, explorer en particulier le système de santé américain nous permettra de comprendre les différences avec le système français.

En France comme aux États-Unis, la protection sociale permet à tout citoyen de se couvrir contre des problèmes financiers. Elle protège les ménages en cas de baisse de revenu ou de hausse des dépenses.

Le domaine de la santé réunit un grand nombre d'entités où les opinions sont divergentes et trouver un terrain d'entente semble parfois compliqué.

Le fondement de la santé tend à s'essouffler ces dernières années en partie à cause du nombre croissant de la population dans les pays et un financement de plus en plus laborieux à assurer en raison de l'accroissement de la vieillesse.

L'étude du mécanisme de santé des États-Unis apparaît comme un sujet important pour comprendre la raison de l'augmentation exponentielle d'américains non-couverts. On en compte aujourd'hui près de 46 millions.

Nous orienterons notre problématique de la manière suivante :

Dans quelles mesures l'organisation du système de santé américain doit-elle subir une transformation pour parvenir à une meilleure égalité ?

La société évolue et les besoins avec. L'allongement de l'espérance de vie contribue à accroître les dépenses de santé en particulier pour les personnes âgées. D'où une mise en danger du fonctionnement du marché de la santé qui ne correspond pas avec l'image du géant américain qui fait parti des plus grandes puissances mondiales.

Aux États-Unis, une partie de la population ne peut avoir accès à une couverture maladie, soit parce que les coûts liés à l'assurance sont élevés, soit parce que les revenus des ménages sont insuffisants pour s'en procurer une.

L'idée directrice de ce mémoire est de mettre en avant les carences de leur système et par la suite de voir les décisions que M. Barack Obama a choisi de mettre en place afin de résoudre ce problème.

Il convient de se demander tout au long de l'exposé, si chacun des citoyens américains bénéficiera des meilleurs soins sans que soit abordé le thème de la discrimination, mais aussi qu'une réduction des dépenses de santé puisse être effectuée.

La hausse récente des dépenses en soins a été le premier facteur de l'élévation du déficit. Ce pays consacre beaucoup d'argent à la santé, environ 16% du PIB en 2008 d'après les derniers rapports de l'OCDE, mais il n'en reste pas moins que les États-Unis, ont le système de santé le moins efficace entre les pays industrialisés.

Chaque tentative de réforme se trouve heurté aux opposants dont l'argument principal est le coût qu'engendrerait une telle réforme. C'est pourquoi, les divers présidents se succédant, ont à chaque fois échoué dans l'objectif de la refonte de système de santé.

Afin de traiter de ces questions, le mémoire s'orientera vers quatre parties :

Dans la première partie, nous présenterons les informations générales du système de santé avec une définition ainsi qu'un historique du secteur de la santé. Cette première partie nous permettra d'établir les bases de notre sujet. Puis, dans la seconde partie, nous exposerons les différents points clé de la réforme du président américain.

Ensuite, dans le chapitre trois, nous traiterons de nombreux problèmes rencontrés par la population américaine avant que la réforme n'ait été voté.

Enfin, dans le quatrième chapitre, nous nous attacherons à effectuer une comparaison entre le système américain et français.

Partie I : Données générales du système de santé

La santé est importante dans toute société. Elle fait partie des indicateurs qui permettent, pour un pays donné, de mesurer la croissance économique et le bien être de la population, nécessaire au bon fonctionnement de l'activité économique du pays.

Tout d'abord nous tenterons de définir un système de santé puis nous verrons pourquoi il est important d'avoir un système de santé dans une société. Enfin nous rappellerons pourquoi la réforme du système médical américain dure depuis un siècle.

Chapitre 1 : Qu'est ce qu'un système de santé ?

L'Organisation Mondiale de la Santé donne une définition précise de la santé datant de 1946 : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

En 1948, la déclaration universelle des droits de l'homme donne une tout autre définition de la santé : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciale. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale. »

Ces deux définitions montrent que toute personne a le droit d'accéder à un système de santé et de pouvoir bénéficier de tout ces moyens autant physique que mental.

Le système de santé réagit aux politiques de santé, dont leur objectif est d'améliorer la santé de la population. Ce système doit disposer de médecins spécialisés, d'un équipement adapté selon les besoins dans les hôpitaux, d'un organisme qui s'occupe de financer et de rembourser les soins, et pour finir d'une médecine préventive.

L'économie des biens et services de santé repose sur les relations entre l'établissement de soins et le patient, représentés par un organisme d'assurance maladie. Le consommateur paye de manière indirecte ce qui signifie qu'il y a un grand risque de dépense excessive pour la société. Cet aspect n'est pas pris en considération par le consommateur car sa décision individuelle sera financée par l'ensemble de la collectivité. Ainsi il est clairement complexe de définir les véritables besoins de santé.

Le consommateur ne sait pas à combien vont lui revenir ses soins. Chacun doit définir son consentement à payer c'est-à-dire le prix maximum qu'il est prêt à sacrifier pour se faire soigner. Une incertitude apparaît entraînant une modification sur le comportement du consommateur.

En outre, un système de santé idéal doit respecter quelques caractéristiques. Il doit pouvoir englober tous les secteurs de soins, ensuite il doit être situé à proximité des habitations et accessible économiquement. Ce système de santé doit être efficace sans que les dépenses soient excessives. Par ailleurs, l'adoption de ce système est soumise à l'ensemble de la population et qui plus est, est mesurable à travers des indicateurs de santé. Enfin, en cas de circonstances spécifique, le système doit être modulable.

Dans la plupart des systèmes de santé on comptabilise sept niveaux d'encadrements.

La première partie concerne la structure du système et plus précisément sur le niveau de centralisation des services et des décisions, mais aussi sur l'accès au soin.

En second, la qualité des soins de santé est sensiblement différente selon si c'est un fournisseur privé ou public et ces soins doivent répondre aux attentes du patient.

Les ressources humaines sont très importantes dans l'organisation de santé. Elles regroupent tout le personnel nécessaire pour la gestion du système de santé en faisant intervenir tout le personnel adéquat pour accomplir les missions de prévention.

La quatrième étape touche le secteur des dépenses des soins de santé mais il s'intéresse également aux sources de financement du système (donateurs...).

Ensuite, le regroupement des divers résultats du fonctionnement du système permettra une évaluation efficace, donnera des statistiques fiables et un meilleur suivi du dossier des patients sera effectué.

La gestion du matériel, des médicaments est primordial pour éviter toute utilisation abusive de ces derniers. C'est pourquoi il faut des politiques bien adaptées pour obtenir un système de soins efficace.

Enfin, un secteur recherche doit être installé dans la plupart des pays afin d'analyser les forces et les faiblesses de son système national ainsi que le système de santé des pays voisins. L'information récoltée servira pour appliquer les bonnes stratégies.

Le système de santé s'intéresse à certains éléments tels que la démographie, aux indicateurs de la mortalité et de l'espérance de vie, à la disponibilité des soins, autrement dit la quantité de lit hospitalier libre. Il prend en compte également l'indicateur de PIB ainsi que l'évolution des dépenses de santé.

Ces dépenses de santé sont évaluées à environ 11% du PIB de la France alors que les États-Unis consacrent 16% de leur PIB.

La population américaine ne bénéficie pas d'une couverture universelle. Seul 60% en ont une grâce à leur employeur. Mais les petites entreprises n'ont pas la capacité d'assurer leurs salariés.

Chapitre 2 : La nécessité de ce système

Entre 45 et 50 millions de personnes ne sont pas couvertes. Une disparité s'établit selon les États. On estime à près de 20% des enfants non assurés au Texas contre 6% au Massachusetts.

Aux États-Unis, il n'existe pas de système universel qui contrôle la gestion des soins ainsi que la prise en charge des dépenses. Le ministère de la santé américaine « the Department of Health and Human Services » doit s'attacher à résoudre ce problème et pour y parvenir une réforme est inévitable. Elle doit permettre aux acteurs principaux concernés de trouver un accord sur les points à améliorer et le nouveau projet doit respecter le contexte économique du pays considéré.

Ainsi, l'amélioration dans l'attribution des soins passe par une réorganisation des administrations et des infrastructures afin d'apporter les informations adéquates à la population.

C'est pourquoi dès lors une réforme est plus que nécessaire pour que les attentes de la population soient réalisées, accroître l'efficacité des soins fournis par le système à un moindre coût et enfin offrir à chacun un accès équitable aux soins. La santé étant un indicateur du développement, les soins doivent être d'une grande qualité pour que le pays soit bien classé.

Il est intéressant de noter que chaque État américain possède son système de couverture et de prise en charge qui variera selon la situation de la personne dont le facteur prédominant sera l'emploi et du seuil de pauvreté définie par l'État fédéral. Certains américains ont une assurance santé seulement parce qu'ils ont un emploi ou alors ils dépendent de leur famille. Afin de réduire le risque de la perte de l'assurance, la population américaine serait favorable à une couverture universelle pour que tout le monde puisse accéder aux soins sans qu'il existe des critères de sélections. Il existe différents seuils de pauvreté selon la situation familiale. En 2008, ce seuil est fixé à 11 201 dollars de revenu annuel pour une personne seule de moins de 65 ans, pour une personne avec deux enfants à charge de moins de 18 ans il s'élève à 17 346 dollars et enfin il est de 25 694 dollars pour un couple avec trois enfants de moins de 18 ans à charge.

La santé est liée au bien-être et au développement économique et social. C'est pourquoi, pour beaucoup de pays, la santé est un sujet important au même titre que le chômage, les salaires.

Il est possible d'émettre des comparaisons en termes d'efficacité entre le système de santé des pays membres de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économique). L'OCDE est constituée de trente pays et le but de cet organisme est d'apporter son aide aux pays pour établir une croissance économique de long terme.

Pour effectuer ces comparaisons entre pays, différents critères peuvent être retenus.

Tout d'abord le critère qui peut être retenu est le nombre de lits d'hôpitaux qui donne une idée des ressources disponibles pour apporter des services aux patients hospitalisés. Ensuite, le paramètre susceptible d'être utilisé est la durée moyenne de séjour à l'hôpital. Si le séjour est trop court alors ça peut nuire à l'efficacité du traitement et au rétablissement du patient. Dans ce cas le taux de réadmission augmentera et signifiera une inefficacité dans la distribution des soins. L'espérance de vie à la naissance diffère beaucoup selon les pays. Ce facteur est lié au niveau de vie, à l'hygiène de vie, au niveau d'éducation et à l'accès aux soins de santé. Il y a également le taux de mortalité infantile qui mesure la proportion de décès chez les enfants de moins d'un an pour mille naissances vivantes.

De plus, le nombre de médecins en activité est un très bon critère d'efficacité car il définit le nombre de médecins fournissant des soins aux patients. Mais aussi les consultations de médecins déterminant le nombre de consultations avec des généralistes et des spécialistes.

Les nouvelles technologies notamment les IRM et les scans dont l'utilisation peut être observée soit par la population ou par le nombre de machines.

Si tous ces facteurs sont pris en considération alors la santé de la population s'améliorera et provoquera une croissance économique car ces personnes seront plus productives. Investir dans ce domaine est devenu essentiel pour que la société profite de la meilleure performance de ses employés.

Il est indispensable de disposer d'une assurance santé pour se soulager de la tarification élevée des frais médicaux. En présentant une attestation précisant l'appartenance à une assurance, la personne a la possibilité de bénéficier des soins prodigués par le médecin ou l'hôpital. Il est préférable de se munir d'une assurance pour éviter des dépenses importantes et ainsi de connaître une faillite financière.

Divers facteurs sont à l'origine de l'élévation des coûts de la santé. D'une part, le vieillissement de la population, puis l'utilisation des nouvelles technologies dont la consommation de celui-ci coûte excessivement chers aux patients. D'autre part, les personnes ayant des maladies de longues durées ont des attentes importantes et les reposent sur les nouvelles technologies.

Avoir une assurance santé est inéluctable surtout pour les personnes âgées afin qu'elles puissent jouir de leurs droits. Toutefois, selon le pays où l'on réside, il est possible de ne pas pouvoir s'offrir une assurance.

L'investissement dans la santé accroît l'espérance de vie de la population, puisque tous les quatre ans, l'espérance de vie augmente d'un an. Cet accroissement, du en partie à une meilleure efficacité du système montre que l'innovation en matière de recherche, de nouvelles technologies sont obligatoires.

Afin d'éviter tout abus concernant les visites chez le médecin il convient d'avoir une hygiène de vie correcte, d'effectuer des actes préventif à savoir le dépistage, les vaccinations,...En effectuant ces actes, il se peut qu'une maladie soit prise à temps et traiter efficacement contrairement à ce qu'il se passerait si aucune prévention n'aurait été faite.

Chapitre 3 : Historique : un siècle de combat

La réforme de la santé est une bataille qui a commencé il y a un siècle et qui n'a pas toujours abouti malgré les multiples tentatives des présidents.

En 1912, Theodore Roosevelt fut le premier à lancer le changement dans ce système de santé. Il voulut instaurer le mécanisme d'assurance maladie mais il fut battu par son adversaire Woodrow Wilson.

Lors de sa présidence qui commença en 1933, Franklin Roosevelt établit le Social Security Act en 1935 et proposa des réformes qui ont été adoptées par le Congrès. Parmi ces réformes, la sécurité sociale octroie une assurance de type vieillesse ou chômage. Mais la sécurité sociale a été confrontée à des problèmes financiers du fait du vieillissement de la population. La réforme a été remise en question.

Entre 1945 et 1949, le président Harry Truman tenta d'imposer un programme d'assurance de santé obligatoire mais sa tentative échoua.

Le président John Kennedy a lui aussi échoué en 1962, en tentant de mettre en place une assurance maladie pour les personnes âgées.

Grâce au président Lyndon Johnson, en 1965, deux programmes médicaux ont fait leur apparition : d'une part il y a Medicare pour les personnes âgées et d'autre part, le Medicaid pour les personnes défavorisées.

Le président Richard Nixon promulgua une extension pour les programmes publics Medicare et Medicaid par l'intermédiaire d'un plan appelé « Comprehensive Health Insurance Plan ». L'objectif de ce plan était de pouvoir offrir une assurance maladie généralisée. Mais ce projet ne fut pas retenu par le Congrès.

En 1976, l'idée d'une assurance maladie universelle fut abordée par le président Jimmy Carter. Mais sa proposition a été un échec.

Puis, en 1989, le président Ronald Reagan promulgua une loi pour éviter que les familles soient en faillite financière en cas d'importante maladie. Pourtant cette loi fut retirée par le Congrès quelques mois après son adoption.

Dans les années 80, l'émergence des assurances privées comme Blue Cross, Blue Shield ou Kaiser Permanente avaient permis de financer les dépenses de santé à la place du gouvernement. A cette époque la santé n'était pas un domaine primordial. Par ailleurs, les américains étaient assurés par les employeurs qui faisaient appel à ces assureurs privés pour fournir les meilleures prestations possibles aux employés. Pour cela ils s'adressaient à des organismes de Managed Care pour déterminer la meilleure offre au niveau qualité-prix.

Ensuite, Bill Clinton, en 1993, mit en place une couverture médicale universelle qui reposa sur une concurrence entre les assureurs privés et un contrôle des coûts. Mais les compagnies d'assurances et les compagnies pharmaceutiques n'étaient pas pour un contrôle de leur prix. C'est pourquoi la réforme du président Clinton a échoué.

En 1996, une loi a permis à tout salarié qui changeait ou perdait son emploi de garder son assurance pendant les six mois qui suivirent. De plus, Bill Clinton offrit à cinq millions d'enfants une assurance maladie et une exonération fiscale pour les soins médicaux à tous les artisans et les professions libérales.

En 2003, le président Bush avait mis en place des comptes d'épargne santé pour que la population prenne à sa charge les dépenses de santé, qui se traduirait par une déduction fiscale.

Lors de la campagne présidentielle de 2008, le candidat vainqueur Barack Obama a placé la réforme comme l'une des plus grandes priorités afin de réduire le déficit et assurer la couverture santé aux américains qui n'en possèdent pas. Sa victoire a permis aux Démocrates de remporter 257 sièges à la Chambre des représentants alors que les Républicains en détiennent 178.

Ainsi le texte sur la réforme de la santé a été approuvé par la Chambre des représentants avec 219 voix pour et 212 contre. 216 voix étaient requises pour l'adoption du texte. Pourtant, lors de l'élection de mi-mandat datant du 2 novembre 2010, la Chambre des représentants a été renversé, puisqu'elle est passée du côté des républicains avec 239 sièges contre 186 pour les Démocrates. Ces derniers gardent le contrôle du Sénat. Toutefois, au sein du camp des démocrates, les opinions divergent. Beaucoup sont contre la réforme, pourtant elle est nécessaire. M. Barack Obama sera-t-il l'Homme du changement ?

Son plan est estimé à 940 milliards de dollars étendus sur dix ans. Dans le même temps, cette réforme est un moyen de réduire le déficit de 1 200 milliards de dollars sur la période 2010-2019.

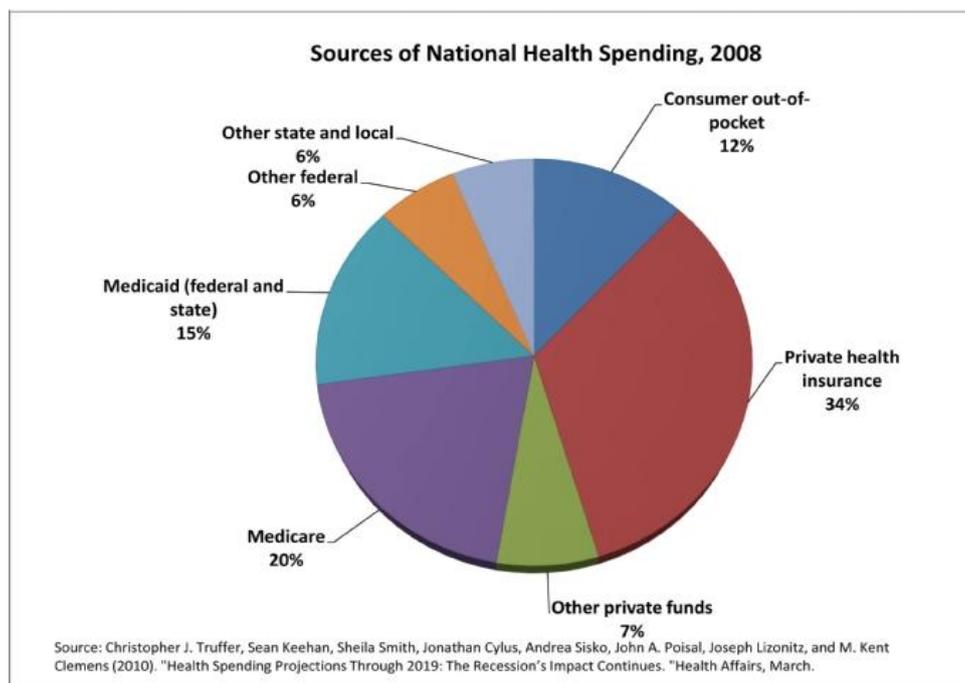
Partie II : Réforme complexe de l'assurance maladie aux États-Unis

Dans cette partie, nous analyserons l'organisation du système de santé américain avant la réforme. L'assurance maladie repose sur le secteur privé via l'employeur mais aussi du secteur public à travers les programmes public Medicare et Medicaid. Ensuite, nous étudierons les projets de la réforme du président américain. Toutefois, ce changement nécessite une mobilisation financière très importante qui n'est pas forcément acceptée par l'ensemble de la population. Enfin, nous verrons les particularités de l'organisation de soins au niveau des États.

Chapitre 1 : Le fonctionnement du système de santé avant la réforme

Les deux tiers des américains possèdent une assurance privée qui est fourni par l'employeur. Une assurance publique est aussi disponible pour les personnes de plus de soixante-cinq ans (Medicare) et pour ceux qui ont de faibles revenus (Medicaid).

Graphique 1 : Les sources de dépenses de santé nationale en 2008



Source: Alliance for Health Reform

1. Les assurances privées.

Les assurances privées dépendent des lois qui régissent le marché. Ainsi les compagnies vont agir sur différents paramètres pour convaincre les américains de les choisir. Ces points peuvent être le montant des primes, les prestations couvertes ainsi que les options proposées dans le contrat.

Dans les dépenses de santé, l'assurance privée a joué un rôle important puisqu'elle y contribue à hauteur de 34% en 2008. C'est bien plus que la plupart des pays de l'OCDE car les pays qui suivent les américains sont le Canada et la France avec une participation des compagnies d'assurances privées supérieurs à 10% des dépenses totales de santé.

a. Couverture fournie par l'employeur.

On recense environ 160 millions d'américains âgés de moins de soixante-cinq ans, ce qui correspond à près de 60% de la population, ayant une couverture maladie privée prise en charge par l'employeur. Ils existent des compagnies privées à but lucratif tel qu'Atena ou des assureurs à but non lucratif comme Blue Cross/Blue Shield définissant des primes d'assurances variant selon la situation familiale. Pour une personne célibataire, cette prime annuelle équivaut à 4 820 dollars et pour une famille de quatre personnes elle s'élève à 13 370 dollars.

Les salariés ont la possibilité de refuser l'assurance de l'employeur soit parce que le coût de la prime est élevée, soit parce qu'ils sont déjà assurés ailleurs.

Cependant, chaque célibataire assuré doit payer 17% de la prime, pour une famille de quatre personnes le montant est de 27%. L'employeur prend à sa charge une partie de l'assurance de ses employés, mais le niveau de prise en charge dépend de la taille de l'entreprise. Plus il y a de salariés dans la firme, plus l'employeur prendra en charge les primes d'assurances. Par exemple dans les grandes entreprises, les primes d'assurances à la charge du patron sont de l'ordre de 80% en moyenne. A l'inverse, dans les plus petites entreprises, il se peut que l'employeur ne fournisse pas d'assurance santé à leurs employés.

Les compagnies d'assurances ont la possibilité de proposer des contrats d'assurance de groupe aux moyennes et grandes entreprises ou alors pour les petites entreprises des contrats individuels.

Aujourd'hui, les grandes et moyennes entreprises couvrent tout leur personnel. Il y a eu une nette évolution car en 1998, seul 54% des firmes qui employaient moins de 200 salariés couvraient leurs employés et ce taux est monté à deux tiers en 2000.

En ce qui concerne les petites entreprises, il se trouve que moins du tiers des salariés sont assurés.

Les salariés doivent contribuer aux coûts des frais médicaux car peu d'assurances pratiquent le remboursement à 100%. Mais, parfois, selon le type de contrat sélectionné au départ, l'assurance peut commencer à rembourser l'assuré au-delà du montant de la franchise qui peut se situer entre 600 et 1 800 dollars. Et malgré cela, une fois la franchise atteinte il reste encore une partie à la charge de l'assuré, soit une contribution forfaitaire ou un pourcentage sur la consultation.

La croissance des dépenses couvertes par les contrats d'entreprises a énormément diminuée. Ces contrats ont connu une augmentation de 18% par an en 1990, toutefois cela a très fortement ralenti puisqu'en 1996, leur croissance n'est plus que de 3,6%. Ce ralentissement a été provoqué par une modification dans le système d'attribution des contrats d'assurance qui sont pris en charge par les « Managed Care Organizations » (MCO). Ce modèle comprend deux organisations : le « Health Maintenance Organization » doit freiner les soins de santé chez les fournisseurs de soins et le « Preferred Provider Organization » qui permet de consulter n'importe où malgré qu'il soit coûteux.

Lorsque les entreprises passent des accords avec des compagnies pour établir des contrats, ils cherchent à payer le moins possible ces assurances.

b. L'assurance individuelle

Aux États-Unis, il y a près de 4% d'habitants qui financent en totalité le coût d'une assurance. Parmi ces habitants, on retrouve principalement des salariés qui n'ont pas bénéficié de

l'assurance de l'employeur et des retraités dont le but est d'avoir une assurance complémentaire.

La concurrence entre les fournisseurs de soins (assureurs, pharmacies) est importante pour les américains pour qu'ils puissent bénéficier des meilleures prestations médicales possibles.

Il existe une variation importante dans le versement des primes d'assurance qui dépend en partie de l'état de santé de la personne. Sur ce marché, une prime d'assurance élevée sera retenue pour une personne âgée ayant une maladie à un stade avancé alors qu'une personne en bonne santé et plutôt jeune bénéficiera de prix plus abordables.

Une personne âgée peut se retrouver sans assurance du fait de sa santé fragile.

Ce type d'assurance est moins efficace car la personne doit payer une grande partie de ses dépenses de santé.

2. L'assurance publique.

En 1965, deux programmes ont été instaurés par l'intermédiaire du président Lyndon Johnson : Medicare et Medicaid. Ce sont deux programmes bien distincts avec des critères précis pour y adhérer.

Ces deux programmes publics représentent 4% du PIB. Il subsiste une inquiétude de la part des économistes qui prévoient une croissance de ces organismes pouvant atteindre 12% du PIB d'ici 2050. Les américains ne pouvant être couverts par Medicare, Medicaid ou par une assurance privée de par leur employeur, doivent se présenter directement devant un assureur privé. Toutefois, ces assureurs pratiqueront de faibles remboursements.

a. Medicare.

Lyndon Johnson fit passer le projet Medicare dans son programme de « guerre contre la pauvreté ».

Ce programme, dirigé par l'État américain, prend en charge les personnes âgées de plus de soixante-cinq ans et les personnes handicapées, ce qui représente environ quarante millions de personnes. En 2007, Medicare a coûté 432 milliards de dollars, représentant environ 3% du PIB.

Il offre différents services. D'une part une assurance d'hospitalisation (partie A), qui rembourse les soins hospitaliers, les soins infirmiers. Cette partie représente 36% des dépenses. Ces frais hospitaliers sont financés par les impôts.

D'autre part une assurance médicale (partie B), qui regroupe 29% des dépenses relatives aux services des médecins, à l'utilisation des appareils médicaux qui sont pris en charge par l'assurance d'hospitalisation. L'assurance médicale est financée par des recettes fiscales.

Ensuite, la partie C, qui contribue à 24% des dépenses, se consacre aux remboursements des patients qui sont soignés dans une organisation qui intègre assurance et soins.

Enfin la partie D, rembourse les médicaments prescrits par les médecins et constitue 11% des dépenses.

Ce programme est financé de plusieurs manières : par le budget fédéral, par une taxation sur les salaires des employeurs et des salariés, ainsi qu'une contribution versée par les assurés qui concerne les parties B et D.

Ce programme médical a dépensé plus de 450 milliards de dollars en 2008. Ce montant correspond à 20% de la dépense totale de santé des américains. Pourtant, une grande partie des assurés sont obligés de contracter une assurance complémentaire car le programme Medicare ne rembourse pas toutes les dépenses.

Il est possible que le nombre de personnes couvertes par ce programme puissent augmenter fortement. D'après une étude, Medicare comptera plus de quatre-vingt millions de bénéficiaires en 2030.

b. Medicaid.

Créé aux États-Unis par Lyndon Johnson en 1965 à partir du Social Security Act pour lutter contre la pauvreté, Medicaid offre aux handicapés, aux enfants ainsi qu'aux familles pauvres une assurance maladie. Medicaid retient d'autres critères que le revenu comme l'âge, la grossesse et même la condition physique. Cela concerne près de 40 millions de personnes. Le coût de ce programme a coûté en 2007 près de 330 milliards de dollars. Ce programme finance 16% des dépenses de santé aux États-Unis. Chaque État américain possède son programme d'assurance maladie. Il est possible d'être éligible dans un État mais de ne pas l'être dans un autre État car les conditions d'accès changent. Il en est de même pour les services accordés par ce programme qui différeront selon l'État où on se trouve.

Son financement est assuré d'une part par les États fédérés qui ont décidé de rejoindre ce programme et d'autre part à 50% par l'État fédéral qui impose ces directives aux États fédérés.

Une extension du programme est envisagée à partir de 2014, qui consistent à donner l'accès à Medicaid aux familles ayant des revenus légèrement supérieurs au critère requis soit 133% du seuil de pauvreté.

Ceux qui bénéficient de cet organisme sont confrontés à la difficulté de trouver un professionnel qui accepte de les soigner. En effet, le programme autorise les adhérents à ne consulter que les médecins desservis par celui-ci, pour une réduction des dépenses. D'autre part, le problème réside dans la faible capacité de remboursement du programme qui n'est pas supportable pour les organismes distributeurs de soins.

Les États américains sont dans l'obligation de fournir un certain type de services afin de recevoir les fonds de l'État. Parmi les services devant être fourni, nous pouvons retrouver les vaccins pour les enfants, les services hospitaliers et de transports, les services ambulatoires (soins dentaires, réadaptation..) les services de laboratoire et de radiographie, les soins à domicile... Les États peuvent administrer des services optionnels comme les services de clinique et de diagnostic, la prescription de médicament et des prothèses, les services d'ophtalmologiste...

En 2009, des niveaux de pauvreté ont été établis pour pouvoir adhérer au programme Medicaid. Ainsi, pour être admis, une personne seule doit disposer d'un revenu mensuel de 902,5 dollars ; pour un ménage constitué de deux personnes, le revenu requis est 1214,17 dollars par mois. Enfin si le ménage comporte plus de deux membres, alors il faut rajouter pour chaque personne supplémentaire 311 dollars par mois.

Les deux programmes publics présentent des dysfonctionnements sur le long terme. Effectivement, financer Medicare deviendra de plus en plus difficile car dans les prévisions ce programme pèsera en 2050 trois fois plus sur le PIB.

Medicaid est confronté à un autre type de problème : une mesure gouvernementale envisage une baisse des coûts comme la diminution de la pris en charge par l'État. Ce facteur ajouté aux crises budgétaires des États américains entraineraient un problème d'existence pour ce programme financé par l'état fédéral et les États américains.

c. Les autres programmes publics.

En plus des programmes publics Medicare et Medicaid, il existe deux programmes supplémentaires.

Tout d'abord, un programme créé en 1997 intitulé « State Children's Health Insurance Program » (SCHIP). Le financement est assuré par l'État fédéral et les États fédérés. Les bénéficiaires sont les enfants dont les parents ne sont pas inscrits au groupe Medicaid et qui ne possède pas de ressources suffisantes pour avoir une assurance privée. Ils en bénéficient jusqu'à l'âge de 19 ans. Près de cinq millions d'enfants en ont bénéficié en 2008.

Ensuite, on a le programme Veteran's Administration qui est consacré aux vétérans américains. Pour les vétérans, si les frais de santé sont faibles alors les soins sont gratuits.

3. Les américains non-couverts.

a. L'évolution de cette population.

Différentes catégories de personnes n'ont pas accès à l'assurance. Effectivement on constate par exemple que 80% des américains qui sont dans un ménage avec un salarié n'ont pas d'assurance maladie. Ensuite, 38% des américains ayant des revenus inférieurs au seuil de pauvreté n'en bénéficient pas. Les jeunes, très affecté par ce problème, ne sont pas assez pauvre pour pouvoir bénéficier des aides pour les familles démunies, ni assez riches pour se payer une assurance du fait de leur faible revenu. Enfin, les étrangers connaissent également des difficultés pour s'assurer.

En 2009, le nombre de personnes ne possédant pas de couverture santé est de 50,7 millions alors qu'il n'était de 46,3 millions en 2008 et de 44 millions en 2007. On constate une nette augmentation d'environ 9% entre 2008-2009. Une des raisons possible pour expliquer cette hausse est la crise économique qui a favorisé la hausse du chômage.

L'augmentation d'américain sans couverture santé s'explique par une hausse de la pauvreté aux États-Unis, qui touche désormais un américain sur sept en 2009, soit 43 millions de personnes. Le taux de pauvres est en constante évolution puisque qu'en 2008 il était de 13,2% alors que pour 2009, ce taux a augmenté de 1,1% soit 14,3%.

Une personne avec des revenus inférieurs à 11 000 dollars par an est considérée comme vivant dans la pauvreté. Pour une famille de quatre personnes le revenu s'élève à 22 000 dollars annuel. Ces revenus sont considérés avant imposition. Un quart des noirs et des hispaniques vivent sous le seuil de pauvreté, de même pour les 30% des femmes seules avec enfants.

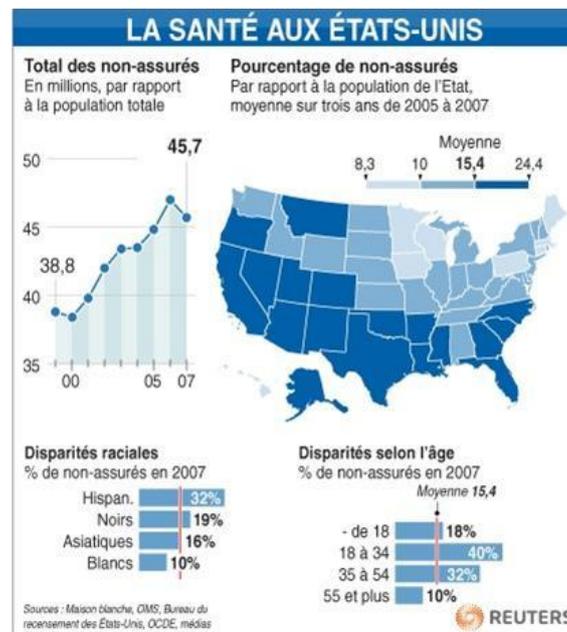
La montée de la pauvreté peut être engendrée à la suite de la perte d'un emploi. Cependant aux États-Unis l'emploi et l'assurance sont relativement lié, donc si un individu perd son emploi, il ne bénéficie plus de l'assurance de son employeur. En 2009, cinq millions d'américains se sont retrouvés au chômage à la suite de la perte de leur emploi, ce qui a amplifié le rang des chômeurs déjà occupé par neuf millions d'américains.

Les coûts de la santé s'amplifiant rapidement, les entreprises décident de réduire l'offre de protection aux salariés de diverses manières. D'une part, la couverture des retraités dans les entreprises de plus de 200 employés a fortement chuté car le taux de couverture était de 65% en 1998 et en 2006 il n'est que de 35%. D'autre part, les salariés sont davantage incités à participer dans l'entreprise. C'est pourquoi la proportion d'employés couverts par l'employeur

ne contribuant pas au financement de la santé dans l'entreprise a diminué, puisqu'en 1980 ils étaient 45% dans ce cas contre 28% en 1998.

La crise financière de 2008-2009 est à l'origine de la perte d'emploi de millions d'américains qui ont par la même occasion perdu leur assurance santé. Certaines familles se sont sans doute retrouvées en faillite financière du fait de la crise.

Graphique 2 : Les disparités aux États-Unis



Source : Organisation mondiale de la santé

La part de la population qui est âgée de moins de cinquante-cinq ans est très affectée par la non possibilité d'avoir accès à une assurance. De plus, on constate la proportion de personnes non-assurées qui oscille selon l'État où on se trouve. Pour l'État de la Californie, 24,4% de la population n'est pas assurée alors que pour le Minnesota, seul 8% de la population n'a pas accès à l'assurance.

b. Les derniers recours.

Un individu sans assurance a la possibilité de se présenter dans un service d'urgence car les hôpitaux ont l'obligation de contrôler et de stabiliser la santé de la personne. C'est pourquoi il leur est impossible de refuser d'administrer des soins à l'individu qui n'a pas les ressources pour payer les frais médicaux. Cependant l'hôpital n'est pas obligé d'assurer le suivi avec le patient une fois son hospitalisation terminée.

Toutefois, les actes médicaux pour ces personnes ne sont pas gratuits. Les factures à destination des patients non couverts sont la plupart du temps supérieures aux factures des patients ayant une assurance privée ou publique.

Un problème se manifeste car l'existence d'une facture avec un montant très élevé peut mener un ménage à des difficultés financières. Dans ce cas, une famille sacrifie une partie de son épargne pour payer les frais médicaux. Sinon, une saisie est organisée par un organisme de recouvrement.

C'est pourquoi, les primes d'assurance vont augmenter à cause de l'introduction d'une taxe non divulguée aux assurés dans le but de récupérer une partie des dépenses de santé consacrée aux non-assurés.

c. L'organisation des soins

Les États-Unis s'appuient sur un réseau de soins appelé les « Managed Care Organizations » (MCO) pour aider les employeurs à faire face à la hausse des tarifs des assurances et des soins. Le fonctionnement de ce programme repose sur une entente entre les fournisseurs et les financeurs. Ce réseau permet d'utiliser les ressources de manière efficace et optimale. Les patients qui ont recours de façon régulière à cette organisation bénéficient de tarifs réduits dans le but de fidéliser leurs clients. Lors d'une consultation, les patients doivent consulter les médecins appartenant au réseau et l'accès à un médecin spécialiste est limité afin de réduire les dépenses de santé. A l'intérieur du Managed Care Organization plusieurs organisations peuvent être recensées : le Health Maintenance Organization (HMO) où les soins sont fournis dans un réseau particulier de médecins, d'hôpitaux ; le Preferred Providers Organization (PPO) offrent la possibilité aux patients de consulter n'importe quel médecin sur le territoire ; le Point Of Service Plan (POS) qui reprennent le principe des HMO mais le médecin de référence oriente le patient vers des spécialistes si nécessaire. Il existe aussi l'Independent Practise Associations (IPA) qui soumet des contrats auprès de médecins indépendants et leur rémunération est basée sur les actes médicaux ou sur des forfaits.

Le MCO accorde une importance particulière aux soins préventifs pouvant éviter toutes complications d'une maladie si elle est traitée à temps. C'est une mesure sérieuse permettant l'amélioration des soins reçus.

Le type de contrat le plus employés est le contrat PPO car il offre une liberté dans le choix du médecin plus que les autres contrats proposés par le MCO. Les patients émettent des incertitudes quand à la qualité des soins fournis au vu de leur objectif qui est de réduire les dépenses de santé.

Le Managed Care crée un programme « Disease Management » pour venir en aide aux personnes ayant des maladies sérieuses et très coûteuses. L'aide comporte un suivi médical au début pour vérifier que le patient prend son traitement de manière rigoureuse afin qu'il puisse se soigner de manière autonome.

Chapitre 2 : La possibilité d'une assurance universelle ?

Pour une grande partie des américains, la liberté économique et individuelle est liée. Ils ne veulent pas que leur comportement et leur choix soient dictés par le gouvernement. Certains démocrates conservateurs ne sont pas favorables à cette réforme car pour eux la redistribution est contraire à l'idéal américain « l'argent que l'on gagne ne doit pas être dépensé pour d'autres ».

Le projet de la réforme de santé a été l'un des thèmes principaux de la campagne présidentielle de Barack Obama. Son objectif est que chaque américain puisse disposer d'une couverture médicale.

Le coût total de la réforme est évalué à 940 milliards de dollars sur 10 ans. Cette réforme devant permettre une réduction du déficit américain de 138 milliards de dollars. Son objectif est d'assurer 46 millions d'américains dépourvus d'assurance. Pourquoi autant d'américains sont-ils sans couverture sociale ? Tout simplement, les prix des assureurs privés sont en constante augmentation et il devient difficile pour la population vivant au dessus du seuil de pauvreté de s'en procurer une. Le texte issu du gouvernement Obama devrait garantir au moins 95% des américains de moins de 65 ans.

Le financement repose sur une hausse des cotisations des impôts des plus riches, une taxe destinée aux entreprises qui ne garantissent pas une assurance santé à leurs salariés dont le montant peut atteindre 8% de la masse salariale et enfin par une taxe ponctionnée sur les bas salaires.

La finalité de cette réforme est de diminuer le coût des soins de santé. Elle représente 16% du PIB, un pourcentage élevé pour une efficacité très médiocre.

La préoccupation principale du président est de maîtriser la croissance importante des dépenses de santé et de parvenir à aider la population à s'offrir une assurance. Pour éviter toute hausse de la population non couverte, Le président Obama s'engage à ce que tous les citoyens américains gardent leur assurance même s'ils perdent leur emploi. Cette mesure est importante car elle réduirait le risque de banqueroute.

Les américains affiliés à un assureur privé ont vu leur tarif augmenté et dans le même temps ces assureurs diminuent le montant des remboursements.

Les polices d'assurances augmentent régulièrement. Prenons le cas d'une grande compagnie de Californie qui a confirmé la hausse de 39% des primes. Ce phénomène de hausse ne joue pas en faveur des plus démunis. Ils sont incapables de payer une assurance dont le prix augmente de manière exponentielle.

Ainsi une baisse générale des coûts de santé devrait permettre une nette amélioration du déficit américain. Par l'intermédiaire de ce texte, les dépenses concernant les personnes âgées du programme Medicare devraient diminuer. C'est un sujet important qui doit être pris et traité en priorité par les élus s'ils ne veulent pas que le déficit se creuse davantage.

Le président veut instaurer une concurrence avec les assureurs privés en créant une assurance maladie publique. Cette concurrence se poursuivrait par une poussée générale des prix à la baisse, ce qui serait un point positif pour les américains. Les coûts seraient mieux maîtrisés et la population pourrait se soigner à l'aide des médicaments génériques.

Son premier argument issu de sa réforme est d'apporter une meilleure gestion de l'assurance c'est-à-dire d'éviter que les compagnies d'assurances n'abusent de leurs pouvoirs pour ne pas

accepter les clients à grands risques. Il leur sera interdit d'augmenter le tarif de leur prestation si une personne tombe malade et développe des problèmes médicaux sérieux.

En 2014, les petites entreprises et les ménages doivent respecter quelques conditions pour bénéficier des contrats du marché d'assurance santé intitulé « insurance exchanges »

La volonté de Barack Obama de créer une « Autorité des primes d'assurance » pour contrôler les variations des prix des assurances est nécessaire, pour favoriser la concurrence et la baisse des prix par l'intermédiaire d'une bourse d'assurance.

Dans un second temps, l'amélioration du système doit permettre d'assurer les individus à un prix abordable. C'est pourquoi la création d'une « bourse aux polices d'assurance » (Health Insurance Exchange) a permis à de nombreux citoyens américains d'accéder à une assurance du fait de la concurrence entre les assureurs. Cette bourse repose sur le principe suivant : les compagnies d'assurance doivent proposer aux particuliers et aux entreprises des contrats afin qu'une transparence puisse être effectuée sur les prestations.

Pour que l'objectif final soit atteint, des pénalités seront distribuées aux individus qui ne souscrivent pas à une assurance et aux entreprises qui ont au moins 50 salariés à leurs charges.

En ce qui concerne les ménages à faible revenu et les petites entreprises, l'accès à la couverture sera facilité par la mise en place de crédits d'impôt.

Dans un troisième temps, tout américain est obligé de souscrire à une assurance avant 2016 sinon une taxe leur sera instaurée pouvant atteindre 2,5% du salaire. Les ménages dont les ressources familiales ne dépassent pas 133 fois le seuil de pauvreté pourront accéder à Medicaid. Pour d'autres familles, des subventions fédérales leur seront accordées à la seule condition que le revenu soit situé entre 1 et 4 fois le seuil de pauvreté. Les enfants pourront s'appuyer sur la couverture de leur parent jusqu'à 26 ans.

En ce qui concerne les entreprises, une taxe progressive calculée à partir de la masse salariale leur sera adressée, si elles n'offrent pas une couverture médicale à ses salariés. De ce fait, la taxe prélevée pour les firmes ayant une masse salariale supérieure à 500 000 dollars sera de 2%. Pour celles qui franchissent les 750 000 dollars, elles se verront affecter un taux de 8%. Pour les petites entreprises aucune taxe ne leur sera demandée. Par conséquent un crédit d'impôt leur sera mis à disposition dans le but d'aider à assurer les salariés.

Dans le but de supporter la hausse du coût de la santé, le gouvernement américain a l'intention d'améliorer ou de créer de nouvelles taxes. Ainsi à compter de 2018, les familles et les personnes célibataires dont leur assurance s'élève respectivement à 27 500 dollars et 10 200 dollars subiront une taxe qui aura pour effet de développer une recette complémentaire et dans une moindre mesure encouragera les entreprises à fournir des assurances moins excessives. Les adhérents à Medicare payeront des cotisations plus importantes de l'ordre de 1,45% à 2,35%. Les enseignes pharmaceutiques seront mises à contribution, puisqu'une surtaxe de 10 milliards de dollars sur 10 ans sera instaurée pour les industries pharmaceutiques tandis qu'un prélèvement de 20 milliards de dollars sera effectué pour les fabricants d'équipements médicaux.

Un comité de médecin sera chargé de contrôler et surveiller tous les abus, les fraudes... L'objectif de cette réforme est de faire économiser à une famille environ 2500 dollars, par l'intermédiaire d'une baisse des prix de médicaments et en obligeant les hôpitaux à fournir un compte rendu du coût de la santé.

La réforme prévoit une amélioration dans la qualité des soins en garantissant une visite préventive garantie par Medicare, un paiement des médecins en fonction de la qualité de leur

soins... Cette pratique donnera un aperçu des meilleures pratiques à mettre en place à l'échelle du pays et éliminer celle qui sont jugées trop coûteuses et inefficaces.

Chapitre 3 : Les couvertures médicales dans les états américains

Les États américains ont la possibilité de développer leur propre politique de santé en prenant le modèle de base de Medicaid et appliquer les critères d'adhésions compte tenu de la répartition du territoire considéré.

1. La Californie

a. Le programme Medi-Cal.

Créé en 1966, Medi-cal est adressé en premier lieu aux familles avec enfants qui ont des revenus modestes. L'État fédéral supervise la gestion du programme qui est divisé entre les comtés et l'État de la Californie. Ces familles sont séparées dans deux programmes. Ce programme bénéficie d'un budget de 47 milliards de dollars, ce qui permet d'assurer près de 7 millions d'américains.

Le programme Medi-cal couvre 16% de la population californienne et pour chaque assuré, elle dépense en moyenne 4,58 dollars. Cette moyenne est inférieure à celle du pays établi autour de 5,92 dollars.

Cet écart s'explique par la bonne santé et la jeunesse de la population californienne qui consultent moins les médecins que les personnes âgées.

De plus, ce programme effectue des remboursements à un niveau très faible à cause d'une situation économique infecté par la crise économique de 2008.

Dans un premier temps, les familles faisant parti du programme CalWORKS sont couvertes par Medi-cal. Ils reçoivent une aide financière de ce programme et il permet aussi aux chômeurs de se réinsérer professionnellement. Dans un second temps, les familles avec un enfant à charge, peuvent prétendre au programme Medi-cal.

Ensuite, un programme a été mis en place pour les femmes enceintes et les enfants. Mais certaines conditions doivent être respectées pour rentrer dans ce programme. Le revenu de la famille ne doit pas dépasser le seuil de pauvreté établi par l'État fédéral fixé à 200%, condition nécessaire pour que Medi-cal prenne à sa charge les enfants de moins d'un an et les femmes enceintes.

Ensuite, pour les enfants qui ont entre un an et dix-neuf ans, la famille ne doit pas avoir un revenu supérieur à 133% du seuil de pauvreté fédéral.

Les handicapés et les personnes ayant plus de soixante-cinq ans ont automatiquement accès à ce service.

Les personnes consacrant une grande partie de leurs salaires aux frais médicaux peuvent rejoindre le programme californien même s'ils dépassent les critères d'admissibilité. Cette adhésion est nécessaire pour éviter à la famille une faillite financière et pour qu'elle lui reste un minimum vital pour subvenir à son existence

Les personnes bénéficiant du service Medi-cal, se voient rembourser des prestations telles que l'hospitalisation, les soins infirmiers, les mesures de contraception de la grossesse. Concernant les médicaments, les appareils médicaux, les prothèses, le programme californien les prend à sa charge.

Pour certains, l'accès à ces services est restreint, tel que le traitement contre la tuberculose. Quand aux étrangers qui ne sont pas en situation régulière, les soins de grossesse et d'urgence leur sont remboursés.

b. Le programme de santé familiale.

Le but de ce programme créé en 1998 est d'assurer les enfants. Cela a bien fonctionné puisqu'au bout de cinq ans ce sont près de 700 000 enfants qui ont pu être couvert par une assurance. Puis en 2008, le nombre a atteint le million.

Seuls les enfants de moins de dix-neuf ans et ceux qui n'ont pas été gardé par le Medi-cal peuvent y accéder. Les critères pour accéder aux Healthy Families dépendent de la composition de la famille et le revenu doit être trois fois supérieur au programme Medi-cal.

Pour éviter la perte d'une partie du budget alloué à ce programme, les compagnies d'assurances seront taxées à hauteur de cent millions de dollars et les contributions familiales seront augmentées par une hausse du prix d'une consultation chez le médecin de cinq dollars ainsi que des soins d'urgence de dix dollars.

c. Le programme de santé pour les enfants.

C'est un complément aux deux programmes cités ci-dessus, et traite de la prise en charge des enfants. La « California Children and Families Commission » ou « First Five California » a pour but d'établir des politiques pour aider les enfants âgés de zéro à cinq ans financés par une taxe d'environ cinquante cents qui s'ajoute au prix du paquet de cigarettes. Le fruit de cette taxe est évalué par an à environ 600 millions de dollars. Cette structure répartit les ressources récoltées selon des critères démographiques dans chaque comté à une entité nommé « First Five County Commissions ».

Le First Five California s'engage à aider les enfants les plus démunis surtout les enfants âgés de zéro à cinq, car un enfant sur dix n'a pas de couverture maladie. Les États-Unis ne peuvent pas se permettre d'avoir si peu d'enfants assurés, c'est pourquoi, la Californie a décidé de bâtir un projet plus important en 2003, Health Access for All Children, dont la principale occupation est que chacun des enfants puisse être muni d'une assurance en cas de maladie. Ainsi, cette institution a relancé une campagne d'information auprès des familles pour établir les conditions d'accès au programme Medi-cal et le programme Healthy Families. Il s'est avéré qu'une assez grande partie des enfants âgés de zéro à cinq ans étaient bénéficiaire de l'un des deux programmes.

Cependant, pour les enfants n'ayant toujours pas de protection sociale, un programme « Healthy Kids » est créé et prend en charge les frais de maladie de ces enfants. Ce programme permet un accès à la vaccination et à d'autres services médicaux. Cependant, la famille est mise à contribution pour quelques dollars. Une condition est requise pour y accéder : les revenus des familles doivent être inférieurs à 300% du seuil de pauvreté fédéral.

En Californie, quelques comtés ont mis en place des associations entre le privé et le public pour réunir des fonds et les utiliser pour instaurer de nouveaux projets de santé en faveur des enfants.

Le comté de Los Angeles institua en 2003 la « Children's Health Initiative of Greater Los Angeles ». L'organisation de Los Angeles, réunit de nombreux acteurs, hôpitaux, des entreprises privées, des responsables de services de santé et des représentants de l'éducation, dont l'objectif premier est de récolter beaucoup de fond.

Grâce à des donateurs, près de 200 millions de dollars ont été reçus, et en 2004, cette somme a permis d'étendre l'adhésion au programme Healthy Kids aux enfants âgés de six à dix-huit ans.

Le programme californien Healthy Kids a atteint ses objectifs puisque en 2005, 45 000 enfants étaient pris en charge, puis la part d'enfants a augmenté car en 2009 on compte 74 000 enfants. Un nombre en hausse de 65% en 4 ans.

De part ce programme, une étude demandée par First Five Los Angeles, a montré que les enfants se rendent moins souvent aux urgences du fait de la possibilité d'avoir accès à un médecin spécialiste.

Toutefois, l'existence de Healthy Kids est menacée étant donné que les dons privés, nécessaires à la continuité du programme, sont de plus en plus rares en raison de la crise financière que connaît la Californie.

2. Le Massachusetts

Le Massachusetts est l'un des États américains où la quasi-totalité de la population (97%) profite d'une assurance santé. C'est nettement supérieur à la moyenne du pays qui est située à 85%.

La loi connue sous le nom de « Chapitre 58 » conduit à la création d'un nouvel acteur le « Commonwealth Health Insurance Connector Authority » ou le « Connector » pour favoriser une meilleure diffusion des mesures définies par la réforme. Il est chargé de la gestion du CommCare, qui délivre une assurance subventionnée aux personnes non couvertes et dont le revenu est inférieur à 300% du seuil de pauvreté fédéral. Pour ceux qui disposent de ressources inférieures à 100% du seuil de pauvreté, la subvention est intégrale.

Les employeurs ont une obligation de payer une amende dont le montant peut atteindre 295 dollars, s'ils n'offrent pas d'assurance à leurs employés qui travaillent à temps plein.

Ainsi le tableau suivant présente les mesures et les organismes concernés ainsi que la date à laquelle ces dernières doivent rentrer en vigueur. D'après le tableau, à partir du premier janvier 2009, toutes les réformes de la santé dans l'État du Massachusetts seront fonctionnelles.

Tableau 1 : Plan de réforme dans le Massachusetts

Date	Composante	Organisme compétent
1 ^{er} juillet 2006	<ul style="list-style-type: none"> – Extension de la couverture des enfants en faisant passer le seuil d'éligibilité de 200 à 300 % du seuil de pauvreté fédéral – Rétablissement de prestations de santé destinées aux adultes – Majoration des honoraires versés aux prestataires, et plafonnement à 90 millions de dollars de la hausse des dépenses qui en résultera – Nomination des membres du conseil d'administration de Connector 	<ul style="list-style-type: none"> – Office of Health and Human Services (administration de la santé et des services humains de l'État du Massachusetts), Bureau chargé de Medicaid – Bureau chargé de Medicaid – Bureau chargé de Medicaid – Gouverneur, Attorney General
1 ^{er} octobre 2006	<ul style="list-style-type: none"> – CommCare accessible aux personnes éligibles disposant de revenus inférieurs au seuil de pauvreté fédéral – Entrée en vigueur de l'obligation faite aux employeurs qui n'offrent pas d'assurance de verser une contribution équitable 	<ul style="list-style-type: none"> – Connector – Office of Health and Human Services (administration de la santé et des services humains de l'État du Massachusetts), Division des soins de santé, du budget et des politiques
1 ^{er} novembre 2006	<ul style="list-style-type: none"> – Obligation, pour les employeurs, de proposer des « cafeteria plans », régis par l'article 125 du Code fiscal, à tous leurs salariés – Extension de la couverture des ayants droit offerte par les polices familiales – CommCare accessible jusqu'à 300 % du seuil de pauvreté fédéral 	<ul style="list-style-type: none"> – Department of Labor (ministère du Travail) – Office of Consumer Affairs & Business Regulation (administration chargée de la consommation et de la réglementation de l'activité des entreprises), Division de l'assurance – Connector
1 ^{er} avril 2007	<ul style="list-style-type: none"> – Couverture proposée par le Connector accessible aux petites entreprises et aux personnes disposant de ressources supérieures à 300 % du seuil de pauvreté 	<ul style="list-style-type: none"> – Connector
1 ^{er} juillet 2007	<ul style="list-style-type: none"> – Obligation, pour tous les adultes n'ouvrant pas droit à la subvention, de souscrire une assurance – Regroupement du marché de l'assurance des petits groupes et de celui des polices individuelles 	<ul style="list-style-type: none"> – Administration fiscale – Office of Consumer Affairs & Business Regulation (administration chargée de la consommation et de la réglementation de l'activité des entreprises), Division de l'assurance
1 ^{er} octobre 2007	<ul style="list-style-type: none"> – Entrée en vigueur de la rémunération à la performance pour les prestataires 	<ul style="list-style-type: none"> – Office of Medicaid
1 ^{er} janvier 2008	<ul style="list-style-type: none"> – Entrée en vigueur de la pénalité appliquée en cas de non-respect de l'obligation d'assurance visant les individus 	<ul style="list-style-type: none"> – Administration fiscale
1 ^{er} janvier 2009	<ul style="list-style-type: none"> – Définition de la notion de couverture minimale crédible 	<ul style="list-style-type: none"> – Connector

Sources : McDonough *et al.*, 2006, tableau 1 (légèrement modifié) ; McDonough *et al.*, 2008.

Source : McDonough et al, 2006

Le montant des primes et des tickets modérateurs du programme CommCare sont définis par le Connector, puis celui-ci définit les conditions d'accès selon la situation familiale.

Pour les ménages qui ont des revenus inférieurs à 150% du seuil de pauvreté fédéral, les primes sont gratuites. Ces primes sont progressives avec le revenu et les habitants qui ont des ressources représentant trois fois le seuil de pauvreté peuvent espérer une prime de 131 dollars par mois.

Concernant les tickets modérateurs, pour une consultation ou des médicaments, 5 à 10 dollars seront distribué alors que pour une hospitalisation, la somme peut atteindre 50 dollars.

Ainsi, près de 120 000 personnes non-couvertes ont été rattaché au projet CommCare en septembre 2007, puis en 2008, 350 000 nouvelles personnes ont rejoint ce programme.

Toutefois, les employeurs manquent d'information afin d'avoir totalement confiance en cette action.

Deux problèmes majeurs apparaissent avec la réforme. Le premier est le fruit de la réussite, c'est-à-dire que le nombre d'adhérent augmente mais les médecins déjà en place s'occupent d'un grand nombre de patients. Ils sont dans l'incapacité de recevoir de nouveau patient. Le problème n'est plus d'ordre financier mais réside dans l'organisation du système.

Le deuxième problème concerne la croissance des dépenses qu'engendre cette réforme. Entre 2007 et 2009, les dépenses devraient s'amplifier d'un milliard de dollars.

La hausse des dépenses médicales est causée en partie par le paiement à l'acte. C'est pourquoi une proposition à l'initiative des défenseurs du projet a été réalisée pour mettre en place une rémunération par forfait ce qui contraindrait les médecins à consulter seulement les patients qui en ont vraiment besoin. La hausse de ces frais pourrait causer de vrai problème au budget du Massachusetts.

3. Le Vermont

La réforme mis en place par le Vermont est proche de celle du Massachusetts. Le projet porte le nom de « Catamount Health » et prend la place d'un autre projet daté de 2005, le « Green Mountain Health ». Les deux principaux axes de direction de la réforme reposent sur des subventions de l'employeur pour que les employés bénéficient d'une couverture et deuxièmement, l'instauration d'une police d'assurance pour les ménages n'ayant pas accès au programme Medicaid.

L'instauration d'une taxe en cas de défaut de respect des règles sera appliquée si les entreprises n'offrent pas une couverture santé à leurs salariés.

Le programme du Massachusetts et du Vermont sont différent sur la notion d'obligation. Richard Snelling a dit « les habitants du Vermont sont prêt à faire tout ce qu'on leur demande de faire et rien, ou presque de ce qu'on leur ordonne de faire ». Ce qui se traduit par une volonté d'extension de l'assurance santé accompagné d'une médecine préventive.

4. Le Tennessee

Le Tennessee, a pour sa part mis en place l'entité TennCare, qui a le même rôle que le Medicare. C'est un programme qui a fonctionné pendant dix ans, mais un problème survient : le coût de plus en plus important. Le budget du programme a été amputé de 1,6 milliards de dollars, ce qui s'est traduit par une radiation d'environ 170 000 personnes, et les plafonds ont été limités.

Un nouveau projet « CoverTennessee » prend forme et propose un encadrement plus approprié aux non-assurés. Chaque bénéficiaire dispose d'un budget de 150 dollars mensuel et l'assureur Blue Cross accepte de prendre en charge ces personnes. Le financement est divisé à part égale entre le gouvernement, les employeurs et les bénéficiaires qui seront incité à une plus importante participation s'ils n'ont pas une bonne hygiène de vie (fumeurs, surcharge de poids...).

5. L'Oregon

L'Oregon a remodelé le système de santé par un plan appelé le « Oregon Health Plan » qui définit une offre de service médicaux Medicaid, en fonction du coût, de son efficacité et dans une autre mesure proposé une deuxième offre avec des prestations réduites pour universalisé la couverture santé à toute la population, dont les revenus étaient sous le seuil de pauvreté fédéral. Ce principe est entré en vigueur en 1994. Mais le gouvernement du comté de l'Oregon, dont le but est de permettre l'accès à ce dispositif, a remonté le seuil de pauvreté à 185%. Ce geste a eu pour conséquence une séparation des deux offres. Celle affiliés au programme Medicaid ont gardé celle ci sans modification « OHP-Plus » tandis que le second dégageait des règles plus strictes : des primes plus élevées, des règles d'affiliation plus sévères et un ticket modérateur de 250 dollars en cas d'hospitalisation.

Ce nouveau système a rejeté de nombreuses personnes ce qui par la suite a contribué à la hausse de la population non-couvertes.

Les États voulant imposer une réforme, se retrouvent parfois stoppés dans leur élan du fait de la crise économique qui oblige les gouvernements à diminuer fortement le budget qui était à la base alloué à ces projets.

Partie III : La régulation des coûts de santé aux États-Unis

La santé fait parti des secteurs les plus importants à organiser et financer. Le problème du gouvernement américain est qu'il alloue trop de ressources à ce secteur et s'aperçoit que leur système de santé est l'un des moins efficaces. C'est pourquoi il convient de mettre en place des mesures pour parvenir à optimiser les ressources et avoir des résultats convenables.

Dans un premier chapitre nous observons les performances du système, ensuite nous verrons les différents facteurs qui accroissent les dépenses et enfin dans un dernier chapitre nous interrogerons sur les mesures possibles pour mettre en place un système plus adéquat.

Chapitre 1 : Un budget de santé colossal pour de faibles résultats

Les États-Unis consacrent une partie très importante de leur richesse à la santé en comparaison à d'autres pays industrialisés. Parmi les pays membres de l'OCDE, les États-Unis se classe premier dans la répartition des dépenses de santé dans le PIB et par habitant. Nous verrons par la suite qu'il existe des inégalités d'accès importantes par l'intermédiaire d'indicateur de développement humain.

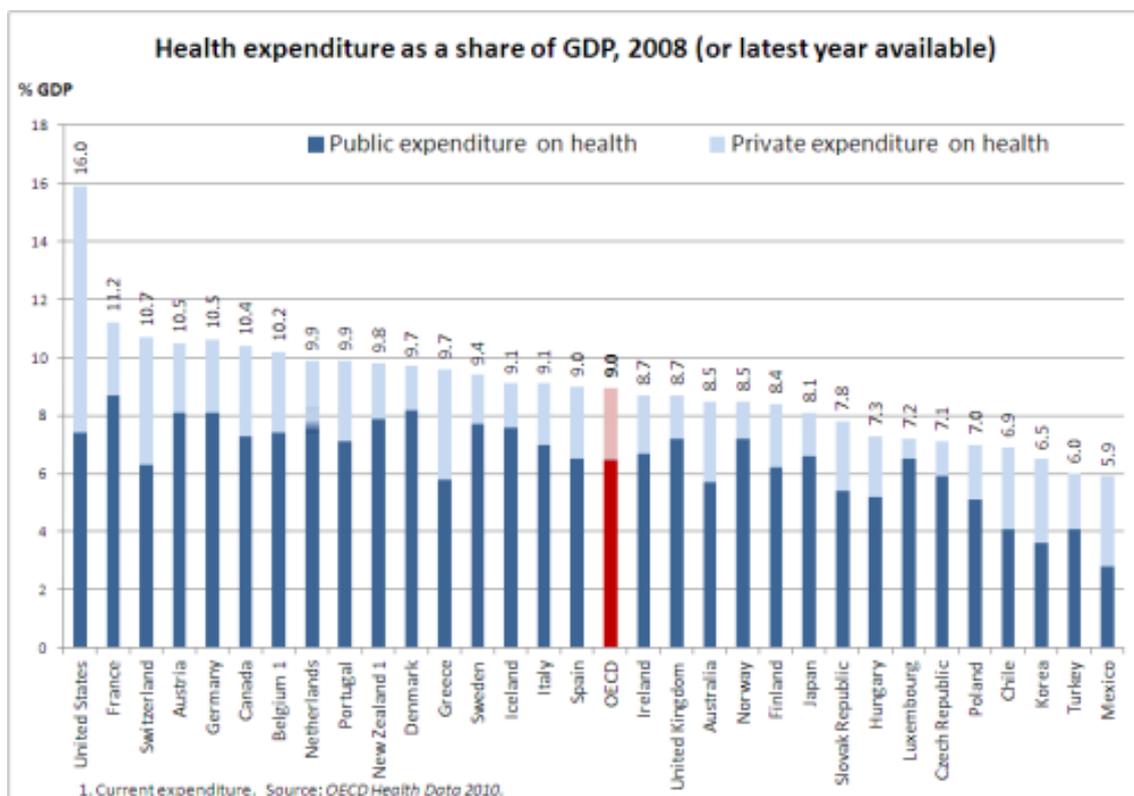
1. Des dépenses importantes

En 2008, les américains attribuent 16% de leur PIB à la santé. C'est deux fois plus que certains pays tel que le Japon ou le Royaume-Uni où la part de la santé dans le PIB est respectivement de 8,1% et 8,7%. Les États-Unis ont le taux le plus élevé de l'ensemble des pays de l'OCDE. Il dépasse de sept points la moyenne des pays qui composent l'OCDE. Un fossé se creuse entre les américains et les pays comme la France consacrant 11,2% de son PIB à la santé et l'Allemagne 10,5%.

En gardant le même rythme de croissance, 50% du PIB serait consacré à la santé en 2050.

Le graphique suivant démontre que le financement public est la principale source de contribution excepté pour les États-Unis et le Mexique. Ce financement représente environ 45% des dépenses de santé aux États-Unis tandis que ce même fond public est de 79% en France.

Graphique 3 : Les dépenses de santé en proportion du PIB en 2008

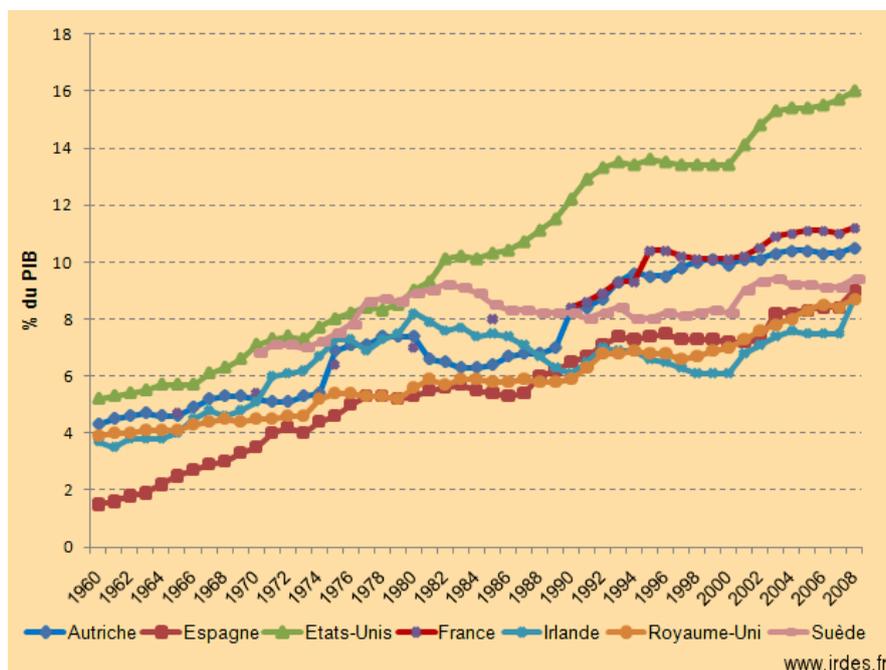


Source : OECD Health Data 2010

Durant les quarante dernières années, le financement public est en net progression puisque durant cette période les dépenses publiques sont passées de 1,5% en 1965 à 7,5% du PIB en 2008. Cette hausse s'explique par la forte augmentation du nombre d'inscrits dans les programmes publics du fait du coût trop élevés des assureurs privés. Si le coût de la santé tend à la hausse combiné à une population vieillissante, Medicaid et Medicare occuperont une place beaucoup plus importante dans l'organisation du système de santé.

Durant la période 1960-2008, les dépenses de santé ont pris un poids beaucoup plus important dans l'économie en gagnant onze points de PIB. En effet, le PIB était au alentour de 5% en 1960 puis ensuite il franchit le seuil de 10% en 1980, pour atteindre en 2008 un plafond de 16%. Les soins de santé dans les pays présentés dans le graphique suivant (la France, l'Autriche, le Royaume-Unis) ont progressé mais de manière plus modéré.

Graphique 4 : Evolution des dépenses en pourcentage du PIB entre 1960-2008



Source : Eco-santé OCDE 2010

Les dépenses supplémentaires de santé ont été nécessaires pour couvrir le nombre d'hospitalisations des patients et de soins ambulatoires en forte progression aux États-Unis, ce qui les place au premier rang dans la zone de l'OCDE. Ces fonds étaient indispensables pour couvrir les dépenses pharmaceutiques, les coûts administratifs et enfin les interventions ambulatoires non urgentes.

2. Une performance contestable

Le système de santé américain est l'un des moins efficaces parmi les pays riches. En 2000, l'Organisation Mondiale de la Santé classe ce système de santé au trente-septième rang bien loin du premier représenté par la France.

Sur de nombreux points, les États-Unis ne se classent pas parmi les meilleurs. D'une part, les États-Unis n'arrivent qu'en vingt-neuvième position pour la mortalité infantile. Leur taux est comparable à celui de la Slovaquie et de la Pologne. De plus, la France et l'Allemagne connaissent une mortalité infantile deux fois moins importante. D'autre part, en ce qui concerne l'espérance de vie, les États-Unis occupe le trente-quatrième rang.

Ces deux indicateurs témoignent de l'inefficacité des soins procurés par le système américain qui se trouve classé au même niveau que des pays beaucoup moins riches. Un peu plus loin nous pourrons analyser d'autres critères qui manifestent l'insuffisance du système.

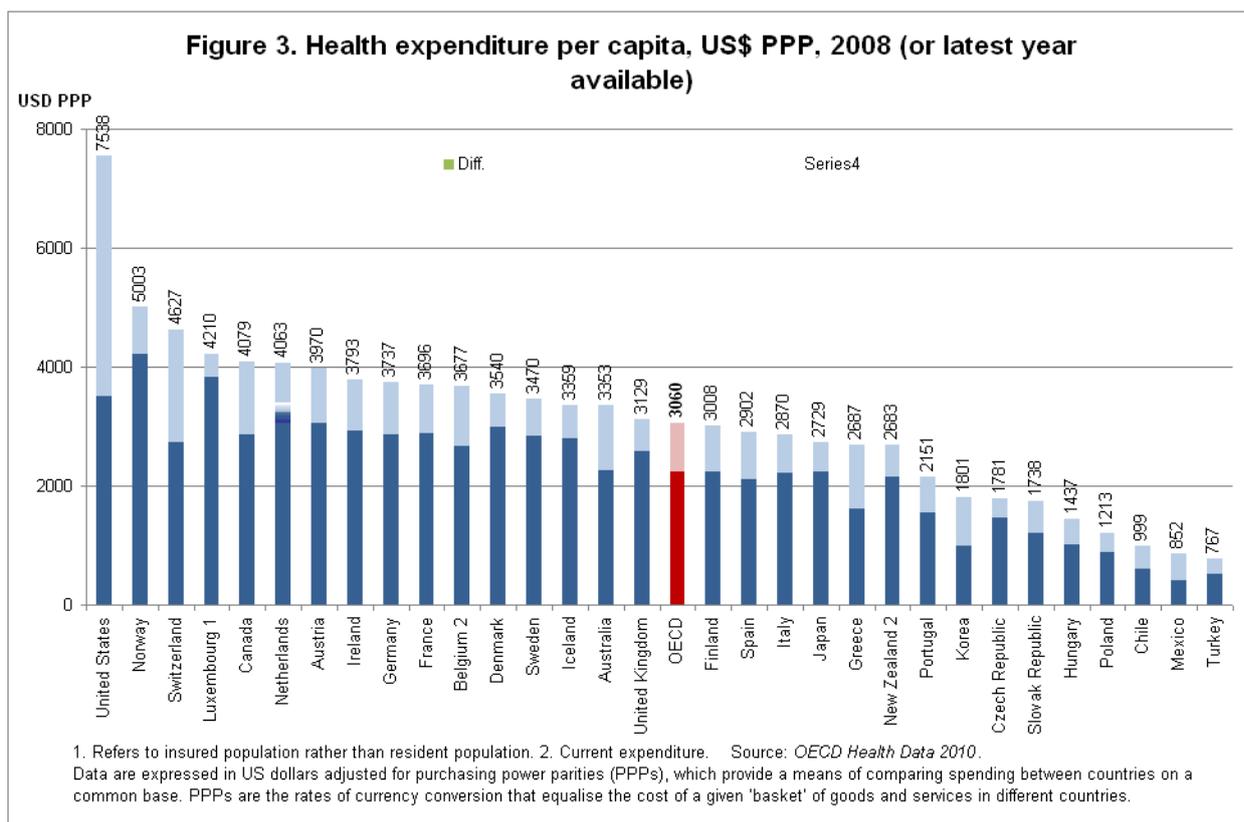
Maintenant voyons les différences en termes de dépenses de santé par habitant à l'aide d'un graphique présenté par l'OCDE (graphique 5).

Les dépenses de santé s'élèvent à 7 538 dollars annuelles par habitant aux États-Unis en 2008. Comparé à la moyenne des dépenses de l'ensemble des pays de l'OCDE qui est de 3 060 dollars, on constate que les américains dépensent 2,5 fois plus que l'OCDE.

Derrière les États-Unis, on retrouve la Norvège avec une dépense d'environ 5000 dollars par habitant et la Suisse avec une dépense par habitant de 4 600 dollars.

En effectuant une comparaison avec quelques pays européens, la France, le Royaume Unis ou encore l'Allemagne dépensent deux fois moins que leur homologue américain.

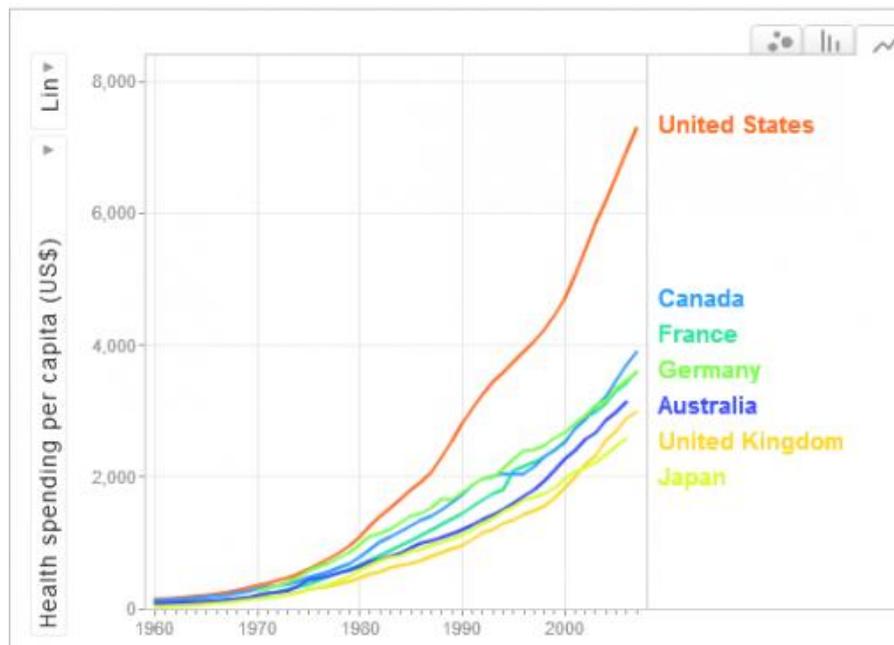
Graphique 5 : Les dépenses de santé par habitant en 2008



Source : OECD Health Data 2010

Une analyse issue du graphique suivant permet de démontrer l'évolution des dépenses dans certains pays sur la période 1960-2008 :

Graphique 6 : Les dépenses de santé par habitant entre 1960-2007



Depuis 1960, les dépenses de santé ont évolué différemment selon les pays. Les dépenses des américains ont très fortement augmenté, ce qui montre une inefficacité de leur système qui peut être due à des coûts administratifs beaucoup trop élevés à cause de la multiplication des analyses médicales, de la technologie de l'information mal employés entre autres.

Ensuite, un écart s'est construit avec le temps avec les pays présentés sur le graphique c'est-à-dire le Canada, la France, l'Allemagne, l'Australie, le Royaume-Uni et le Japon. En 2007, ce dernier a atteint une dépense de santé par habitant de 2500 dollars tandis que la France, quand à elle, a atteint un sommet de 3600 dollars.

D'un point de vue médical, il est possible d'observer la performance des américains en étudiant les disparités entre les pays. Prenons par exemple le cas de l'asthme puis celui du taux d'admission pour les complications du diabète. L'asthme a pris de l'ampleur durant les dernières années puisqu'elle a doublé et touche près de 9% de la population.

Dans les pays de l'OCDE, sur 100 000 habitants 51 adultes (15 ans et plus) sont hospitalisés pour l'asthme en 2007, alors qu'aux États-Unis 120 admissions ont été enregistrés pour la même maladie. C'est plus du double de la zone de l'OCDE. Les femmes sont deux fois plus touchées que les hommes par l'asthme aux États-Unis. L'asthme peut se traiter avec des médicaments, de ce fait, avoir un taux d'admission élevé pour l'asthme montre une faiblesse dans la qualité des soins.

Le nombre d'admissions à l'hôpital pour complications aiguës du diabète ont progressé. Effectivement, 57 adultes sont admis pour 100 000 habitants aux États-Unis, ce qui est trois fois plus élevés que dans la zone de l'OCDE.

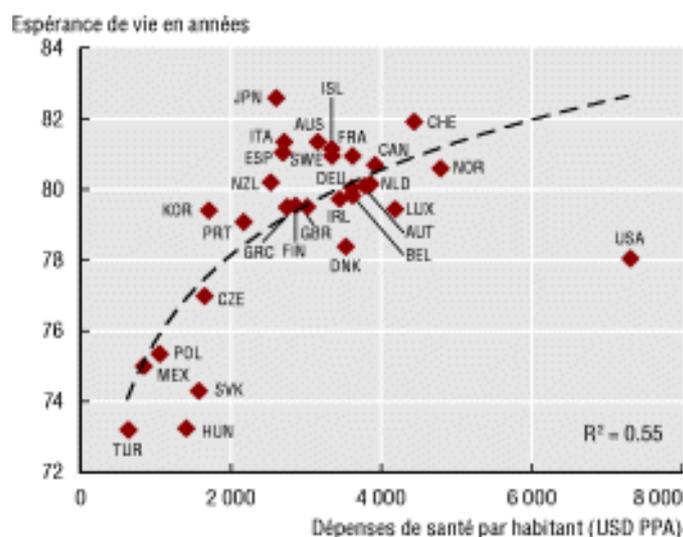
3. De fortes disparités

a. Des indicateurs d'inégalités.

En examinant l'espérance de vie à la naissance et les dépenses de santé par habitant pour l'année 2007, on remarque que les américains dépensent près de 7500 dollars et ont une

espérance de vie de 77,9 ans. Selon un rapport du centre de contrôle des maladies de 2010, l'espérance de vie a diminué, passant de 77,9 à 77,8 années. Cette diminution est la cause d'une mauvaise hygiène de vie des américains notamment à cause du tabac et de l'obésité. La difficulté de l'accès aux soins a également entraîné une hausse de la mortalité.

Graphique 7 : L'espérance de vie



Source : Eco-santé OCDE 2009

Un contraste se dessine entre les américains et les autres pays riches, puisque ces derniers ont une meilleure espérance de vie accompagnée d'une dépense par habitant beaucoup moins importante. La France par exemple atteint une espérance de vie de 81 ans pour des frais de santé situés aux alentours de 3800 dollars par habitant.

L'espérance de vie n'est pas le seul indicateur signe d'inégalité. Voyons ce qu'il en est pour le taux de mortalité infantile.

Le taux de mortalité infantile est une mesure particulièrement intéressante à comparer. Ainsi le tableau suivant montre qu'en 2008, les taux de la France, du Portugal, et de la Suède respectivement de 3,8, 3,3 et 2,5 sont inférieurs à la moyenne de l'OCDE située à 3,9. À l'inverse, les États-Unis ont un taux de mortalité infantile nettement supérieur à l'OCDE. Il est de l'ordre de 6,7% en 2006.

Tableau 2 : Mortalité infantile : décès pour 1000 naissances vivantes

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Australie	5.3	5.0	4.8	4.7	5.0	4.7	4.2	4.1
Autriche	4.8	4.1	4.5	4.5	4.2	3.6	3.7	3.7
Belgique	4.5	4.4	4.1	3.8	3.7	4.0	4.0	3.4
Canada	5.2	5.4	5.3	5.3	5.4	5.0	5.1	..
Chili	..	7.8	7.8	8.4	7.9	7.6	8.3	7.0
République tchèque	4.0	4.1	3.9	3.7	3.4	3.3	3.1	2.8
Danemark	4.9	4.4	4.4	4.4	4.4	3.8	4.0	4.0
Finlande	3.2	3.0	3.1	3.3	3.0	2.8	2.7	2.6

France	4.6	4.2	4.2	4.0	3.8	3.8	3.8	3.8
Allemagne	4.3	4.2	4.2	4.1	3.9	3.8	3.9	3.5
Grèce	5.1	5.1	4.0	4.1	3.8	3.7	3.6	2.7
Hongrie	8.1	7.2	7.3	6.6	6.2	5.7	5.9	5.6
Islande	2.7	2.3	2.4	2.8	2.3	1.4	2.0	2.5
Irlande	5.7	5.1	5.1	4.8	4.0	3.7	3.1	..
Israël	5.1	5.4	4.9	4.6	4.4	4.0	3.9	3.8
Italie	4.6	4.3	3.9	3.9	3.8	3.7	3.7	3.7
Japon	3.1	3.0	3.0	2.8	2.8	2.6	2.6	2.6
Corée	..	5.3	..	..	4.7	4.1	..	..
Luxembourg	5.9	5.1	4.9	3.9	2.6	2.5	1.8	1.8
Mexique	18.3	18.1	17.3	17.6	16.8	16.2	15.7	15.2
Pays-Bas	5.4	5.0	4.8	4.4	4.9	4.4	4.1	3.8
Nouvelle-Zélande	5.6	6.2	5.4	5.9	5.0	5.1	4.8	4.9
Norvège	3.9	3.5	3.4	3.2	3.1	3.2	3.1	2.7
Pologne	7.7	7.5	7.0	6.8	6.4	6.0	6.0	5.6
Portugal	5.0	5.0	4.1	3.8	3.5	3.3	3.4	3.3
République slovaque	6.2	7.6	7.9	6.8	7.2	6.6	6.1	5.9
Slovénie	4.2	3.8	4.0	3.7	4.1	3.4	2.8	2.1
Espagne	4.1	4.1	3.9	4.0	3.8	3.8	3.7	3.5
Suède	3.7	3.3	3.1	3.1	2.4	2.8	2.5	2.5
Suisse	5.0	4.5	4.3	4.2	4.2	4.4	3.9	4.0
Turquie	27.8	26.7	28.7	24.6	23.6	22.3	20.7	17.0
Royaume-Uni	5.5	5.2	5.2	5.1	5.1	5.0	4.8	4.7
Etats-Unis	6.9	7.0	6.8	6.8	6.9	6.7	..	..

Source : OCDE 2011

En effectuant une comparaison du nombre de lits total dans les hôpitaux pour 1000 habitants dans les pays de l'OCDE, on peut dégager une tendance générale : le nombre de lits a diminué sur la période 2002-2008 dans la plupart des pays.

La France a perdu 0,8 points sur cette période, passant de 7,7 lits pour 1000 habitants à 6,9 en 2008. Le même constat pour l'Allemagne qui a perdu 0,7 points. Les États-Unis ont connu une baisse légèrement moins forte puisque la perte est estimée à 0,3 points passant de 3,4 lits pour 1000 habitants en 2002 à 3,1 en 2008. Le tableau ci-dessous présente l'évolution du nombre total de lits dans les hôpitaux dans quelques pays.

Tableau 3 : Nombre de lits d'hôpitaux

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Australie	3.9	3.9	4.0	3.9	3.9	..	..	..
Autriche	7.8	7.7	7.7	7.7	7.6	7.8	7.7	..
Belgique	7.6	7.5	7.5	7.4	6.7	6.6	6.7	6.7
Canada	3.6	3.5	3.4	3.6	3.7	3.5	..	..
Chili	..	..	..	..	..	..	..	..
République tchèque	7.8	7.7	7.6	7.6	7.4	7.3	7.3	..

Danemark	4.3	4.1	4.0	3.9	3.8	3.7	3.6	..
Finlande	7.4	7.2	7.1	7.1	7.0	6.7	6.5	..
France	7.7	7.5	7.4	7.2	7.1	7.0	6.9	..
Allemagne	8.9	8.7	8.6	8.5	8.3	8.2	8.2	..
Grèce	4.7	4.7	4.7	4.7	4.8	4.8	4.8	..
Hongrie	7.9	7.8	7.8	7.9	7.9	7.1	7.0	..
Islande	..	..	..	..	..	5.8	..	..
Irlande	5.8	5.7	5.7	5.5	5.3	5.2	..	..
Israël	4.2	4.3	4.2	4.2	3.8	3.8	3.7	3.6
Italie	4.4	4.2	4.0	4.0	3.9	3.8	3.8	..
Japon	14.4	14.3	14.2	14.1	14.0	13.9	13.8	..
Corée	4.8	5.1	5.4	5.9	6.5	7.3	7.8	..
Luxembourg	..	..	6.4	5.8	5.7	5.7	5.8	..
Mexique	1.8	1.7	1.8	1.8	1.7	1.7	1.7	..
Pays-Bas	4.6	4.5	4.5	4.5	4.5	4.3	4.3	..
Nouvelle-Zélande	..	..	..	..	..	..	..	..
Norvège	4.3	4.3	4.2	4.0	4.0	3.8	3.5	..
Pologne	..	6.7	6.7	6.5	6.5	6.4	6.6	..
Portugal	3.6	3.7	3.6	3.5	3.5	3.4	3.4	..
République slovaque	7.6	7.2	6.9	6.8	6.7	6.8	6.6	..
Slovénie	5.1	5.0	4.8	4.8	4.8	4.7	4.8	..
Espagne	3.5	3.5	3.4	3.4	3.3	3.3	3.3	..
Suède	..	..	..	..	..	..	..	..
Suisse	5.9	5.8	5.7	5.5	5.4	5.4	5.2	..
Turquie	2.1	2.1	2.2	2.2	2.3	2.3	2.3	..
Royaume-Uni	4.0	4.0	3.9	3.7	3.6	3.5	3.4	..
Etats-Unis	3.4	3.3	3.3	3.2	3.2	3.1	3.1	..

Source : OCDE 2011

b. Des inégalités en termes d'accès à la santé.

Comme nous l'avons vu précédemment, près de 60% de la population ont une assurance délivrée par leur employeur. Ensuite, 25% de la population sont couverts par deux organismes publics représentant quatre points de PIB.

Quelques américains (10%) ont la possibilité de s'assurer directement. Mais ces assurances sont hors de prix.

Enfin 16% des américains ne peuvent pas du tout posséder une couverture santé en raison de faible ou d'absence de revenu.

Les américains ont des revenus légèrement au dessus de la limite pour être garanti par Medicaid mais d'un autre coté, ils ne sont pas assez riches pour se procurer une assurance individuelle.

En cas de problème de santé, ils doivent payer les frais directement, ce qui peut être extrêmement coûteux selon les traitements. Si un grave problème médical se manifeste, ils peuvent être admis dans des hôpitaux publics dans certaines villes.

Une disparité est observée à travers le taux de mortalité infantile qui est de 13,63 pour mille chez les noirs américains, ce qui est le double de la moyenne du pays (6,7). Ce taux est élevé

chez les noirs américains car ils sont confrontés à la difficulté d'obtenir un emploi et du coup ils n'ont pas assez de revenu pour offrir des soins à leur(s) enfant(s).

Ceux qui n'ont pas d'assurance sont aussi restreints pour accéder à la médecine. Une grande partie de la population refuse de se soigner car elle manque de ressources financières. Pour les personnes qui sont pris en charge par une compagnie, quelques familles ont aussi été contraintes de ne pas se soigner pour la même raison.

Pour que toute la population puisse avoir accès à des soins, il est important que la répartition des médecins sur le territoire soit la plus parfaite possible. Or certains médecins préfèrent s'installer près des zones urbaines pour bénéficier de la proximité de la population ainsi que des médecins spécialistes. De part cette situation, la population rurale se trouve pénalisée et est donc obligée d'effectuer un long trajet pour obtenir des soins. Pour certains l'éloignement est un motif pour ne pas consulter un médecin. Ceci n'est pas très acceptable si un pays riche veut que chacun puisse obtenir des soins de qualité.

Aux États-Unis, 20% de la population totale vivant en zone rurale sont pris en charge par 10% de médecins eux même installés en campagne. De plus, il y a très peu de médecins spécialistes dans les zones rurales ce qui renforce les disparités existant sur le territoire américain.

Chapitre 2 : Les facteurs qui poussent les dépenses vers le haut

Pour comprendre les raisons de cette augmentation des dépenses de santé, nous verrons tout d'abord les problèmes posés par le système américain, puis nous analyserons les facteurs qui provoquent cette inflation et enfin nous verrons pourquoi les médecins multiplient les actes médicaux.

1. Les dysfonctionnements du système d'assurance

La distorsion sur le marché est vue sous deux angles différents : d'une part par la concentration du marché et d'autre part par la fraude fiscale.

L'association des médecins américains surnommé « American Medical Association » ont observé une concentration du marché de l'assurance maladie ce qui peut provoquer une élévation des tarifs et porter atteinte à la concurrence. Les compagnies d'assurances s'allient par des fusions ou des acquisitions pour par la suite posséder une grande partie du marché.

Tel a été le cas de deux assureurs à but lucratif américains Wellpoint et UnitedHealth Group. Ils contrôlent approximativement 40% du marché américain. Ainsi pour empêcher l'entente sur les prix, la segmentation du marché, la chambre des Représentants a fait entrée en vigueur une loi pour éviter toute position dominante sur le marché.

Les contrats de groupe présentent des inconvénients. Afin de bénéficier d'avantages fiscaux, les salariés et les employeurs choisissent des assurances beaucoup plus chères car une partie de la dépense est supporté par l'état fédéral. Alors qu'en l'absence de cet Etat fédéral, chacun choisirait une police d'assurance à un prix réduit.

Le deuxième effet réside dans les recettes de l'Etat fédéral qui se retrouveraient très fortement réduite à cause de ces contrats de groupe. En 2009, le coût de ces exonérations est évalué à 225 milliards de dollars d'après le Congrès américain.

Toutefois ce dispositif fait apparaître une inégalité puisque ce sont les ménages ayant de haut revenu qui en bénéficieront car ils ont des taux d'imposition élevé. Et donc, les ménages a revenu faible ou modéré se retrouvent lésé car les employeurs ne les assurent pas forcément.

2. Des dépenses de santé excessives

L'importance du poids des dépenses de santé a un impact financier sur le comportement des entreprises et des salariés. Ils sont de plus en plus incités à payer de fortes primes d'assurances comme en 2006 avec une hausse de ces primes de 8%.

La tarification d'une consultation étant élevée dans le pays, tous les américains n'ont pas nécessairement les ressources financières pour consulter un médecin.

Environ un tiers des américains, qu'ils soient assurés ou non, ont refusé de consulter un médecin ou d'acheter les médicaments délivrés par le médecin à cause de leur prix.

20% des américains ont éprouvés des difficultés pour payer leurs factures médicales alors qu'ils ne sont que 9% en France.

a. Une utilisation tempérée du système de santé

Dans un rapport de l'OCDE, la proportion de médecin en activité pour mille habitants aux États-Unis est inférieure à la moyenne de l'OCDE. En effet, on note 2,4 médecins sur le sol américain contre 3,1 pour l'OCDE.

Par ailleurs, le nombre de consultations de médecin par habitant est de 3,8 alors que pour l'ensemble des pays de l'OCDE, cette proportion est supérieure, où elle atteint 6,8.

Les nouvelles technologies ont permis de réduire le nombre d'hospitalisations, donc de réduire le nombre de lits dans les hôpitaux ce qui se caractérise par une baisse de la durée moyenne de séjour. Cependant les hôpitaux américains ont enregistré une élévation de leur taux d'occupation de quatre lits sur la période 1995-2007 passant de 63 à 67 lits.

Le nombre des lits de soins aigus dans les hôpitaux pour mille habitants a diminué aux États-Unis sur la période 1995-2007. Sur cette période le nombre de lit a baissé de 20% environ, on passe de 3,4 lits en 1995 pour mille habitants à 2,7 lits en 2007.

La moyenne de l'OCDE, en 2007 est de 3,8 lits pour mille habitants, c'est 1,1 point de plus que les américains.

Un même type de constat peut être effectué pour la durée moyenne de séjour en soins aigus. Aux États-Unis la durée moyenne de séjours est de l'ordre de 5,5 jours tandis que pour l'OCDE la durée moyenne est autour de 6,5 jours.

Toutes ces observations montrent que les citoyens américains n'utilisent pas abusivement du système de soins. Par conséquent cela n'explique pas l'importance des dépenses de santé.

b. Des tarifs médicaux coûteux.

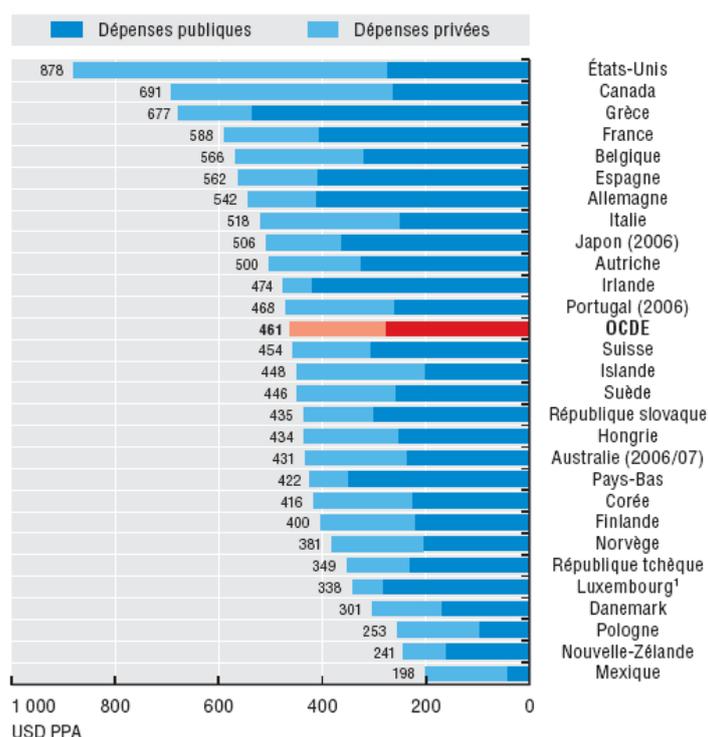
Le fossé qui sépare les États-Unis et les pays développés peut être expliqué par des tarifs honoraires très élevés. L'OCDE constate des différences de rémunération annuelles importantes entre les pays. En effet, un médecin britannique gagne 25 000 à 40 000 dollars de moins, et l'écart monte jusqu'à 60 000 dollars pour un médecin français.

Cet écart de salaire à l'avantage des médecins américains s'explique par le fait que les jeunes médecins sont endettés à hauteur de 100 000 à 200 000 dollars. Ils se dirigent souvent vers une spécialité qui est mieux rémunérée et s'installent dans des zones où la population est capable de payer. Les médecins doivent souscrire à une assurance en cas d'erreurs médicales. Si le médecin est reconnu responsable, alors, la plupart du temps, la sanction est le versement d'une somme importante de dommages et intérêts.

La montée des dépenses de santé est en outre marquée par l'incroyable ascension des dépenses pharmaceutiques dues à une population vieillissante et à la mise en vente libre sur le marché des produits.

En 2007, les américains dépensés 876 dollars (30% de dépenses publiques et 70% de dépenses privées) tandis que la moyenne des pays membres de l'OCDE est de 461 dollars. Les dépenses américaines sont deux fois plus élevés ce qui implique une utilisation plus que nécessaire des médicaments.

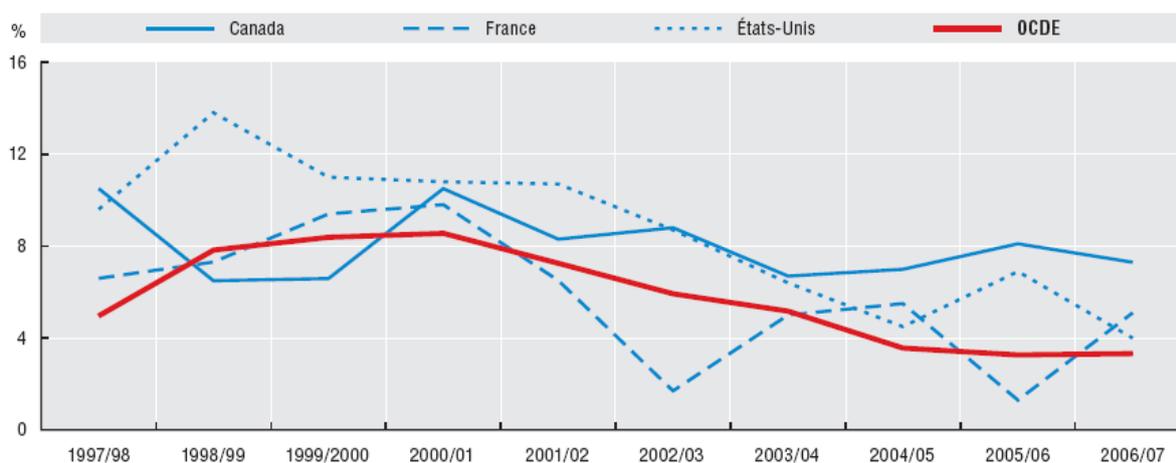
Graphique 8 : Dépenses pharmaceutiques par habitant en 2007



Source : Panorama de la santé 2009 : les indicateurs de l'OCDE

Ainsi la tendance américaine, française et de l'OCDE est à la baisse, ce qui se traduit au niveau médical par une utilisation importante des médicaments générique.

Graphique 9 : Croissance annuelle des dépenses pharmaceutiques entre 1997-2007



Source : Panorama de la santé 2009 : les indicateurs de l'OCDE

L'évolution des dépenses se seraient envolées par une tendance à la hausse des prix des soins engendrés par les nouvelles technologies médicales. Les tarifs pour les maladies cardiaques ont connu une importante augmentation passant de 12 000 dollars en 1984 à 22 000 dollars en 1998. La hausse des tarifications médicales est une raison principale compte tenu de la baisse du nombre de consultations aux médecins et de la réduction du séjour pour hospitalisation.

De part l'envolée des tarifs, 52% de la population américaine qui disposait de revenu inférieur à la moyenne ne pouvait pas prétendre à des soins médicaux. La même proportion de personnes ne pouvait pas bénéficier de soins dentaires en 2004 pour une raison financière.

3. La multiplication des services médicaux

Les médecins ont recours à plusieurs examens pour un patient dont les techniques d'examens demeurent très coûteuses tel que l'imagerie par résonance magnétique (IRM) ou les scanners.

a. Une médecine préventive

L'explosion des dépenses de santé serait avant toute chose causée par le développement des nouvelles technologies qui ont pour effet immédiat une augmentation des tarifs pour le consommateur. Si l'emploi de ces nouveaux appareils continu alors le poids de la santé prendra de plus en plus d'ampleur dans le PIB, car avec l'augmentation de l'espérance de vie, les individus pourront lutter plus efficacement contre leur maladie et ainsi vivre plus longtemps.

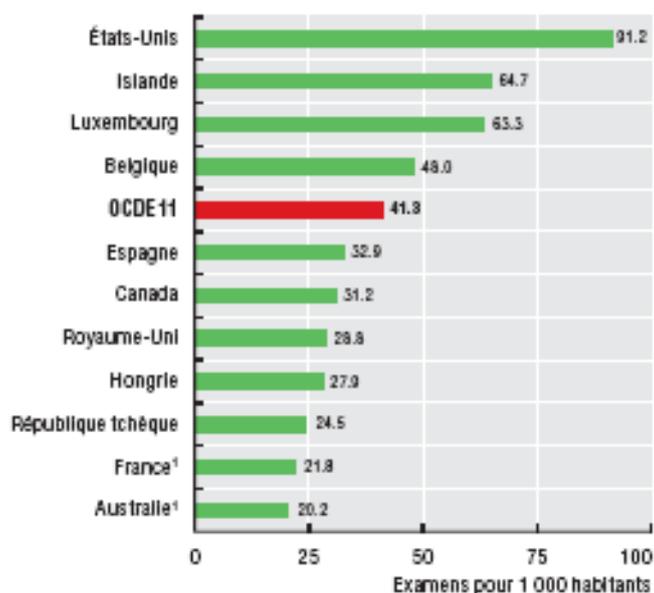
Les médecins multiplient les actes médicaux en pratiquant de nombreux examens afin d'éviter toute erreur médicale et ainsi payer des dommages et intérêt aux patients. Les médecins utilisent toutes les technologies à leur disposition pour déterminer le meilleur diagnostic et le traitement. Cependant l'utilisation de ces technologies telles que le scanner ou l'IRM tendent à accroître les dépenses et se répercute sur les consommateurs sans toutefois augmenter l'espérance de vie.

Dans le rapport de l'Eco-Santé OCDE 2010, le nombre d'appareils pour les IRM ont connu une bonne progression. En 2008, on comptabilise en moyenne 13 appareils de ce type par million d'habitants contre 6 appareils en 2000.

Pour les scanners, il y en a 19 par million d'habitant en 2000, or en 2008, l'OCDE recense 24 appareils en moyenne.

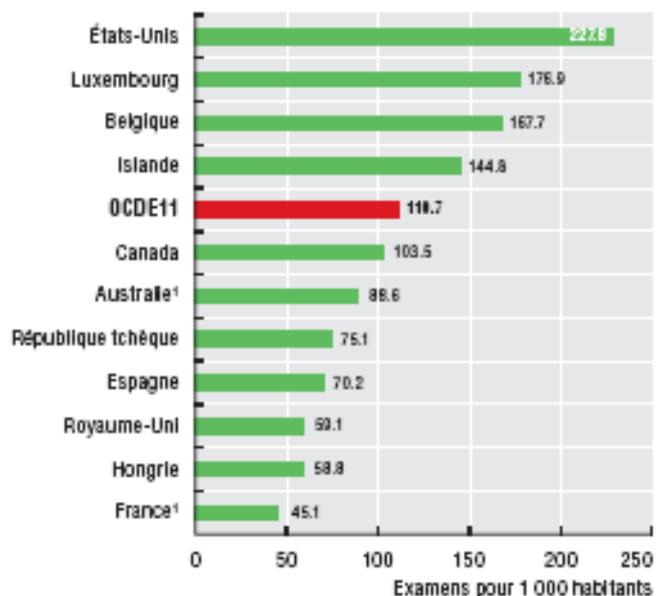
Le nombre d'appareils d'examens d'IRM (graphique 11) a fortement progressé ces dernières années. Les États-Unis sont ceux qui en ont le plus par habitant avec 91 examens d'IRM pour 1000 habitants. Les examens d'IRM sont deux fois plus importants que dans l'OCDE. Par ailleurs, ils effectuent environ 230 scans pour 1000 habitants (graphique 12) contre 45 scans en France. Les médecins américains effectuent de plus en plus de scans et d'IRM alors que dans le même temps le nombre de patients n'a pas évolué ni l'espérance de vie.

Graphique 10 : Nombre d'IRM pour 1000 habitants en 2007



Source : Panorama de la santé 2009 : les indicateurs de l'OCDE

Graphique 11 : Nombre de scans pour 1000 habitants en 2007



Source : Panorama de la santé 2009 : les indicateurs de l'OCDE

C'est pourquoi les dépenses sont provoquées par l'emploi massif de ces appareils qui dans le temps prendra plus de poids dans le PIB puisque les patients auront recours à ces technologies pour traiter leur maladie et ainsi vivre plus longtemps.

b. Le paiement à l'acte

L'une des causes de la hausse des dépenses de santé est le « free-for-service », autrement dit le système de paiement à l'acte.

Les médecins sont motivés par la maximisation de leur revenu, et leur rémunération dépend de la quantité et de la nature de l'acte médical pratiqué, c'est pourquoi les consultations, les examens, et les soins sont multipliés. Cette pratique est plus favorable aux spécialistes qui proposent des services variés tandis que le médecin généraliste offre toujours les mêmes soins.

c. Une communication entre les services de soins difficile

Dans les hôpitaux ou les urgences, quand le personnel médical n'est pas en possession des résultats des patients alors les examens sont refaits.

Toute l'information n'est pas transmise aux personnels médicaux, ceci caractérisant l'inefficacité du système américain. Ce défaut d'organisation oblige le personnel à pratiquer de nouveaux examens.

Chapitre 3 : Les pistes de solution

1. Le modèle Kaiser Permanente

C'est une structure bâtie en 1945, qui propose un encadrement de soins à tout leur client. Cette structure dispose d'un réseau médical dont seuls les membres de Kaiser Permanente peuvent profiter.

Le programme Kaiser permanente est présent seulement dans les États de la Californie, la Géorgie, Hawaï, le Colorado, l'Oregon, l'Ohio.

Les résultats de la Californie sont impressionnants. Près de 65% des habitants de cet État ont adhéré au programme HMO, alors que la moyenne nationale n'était que de 31% en 2008.

De ce fait, la présence de Health Maintenance Organization a contribué à maîtriser la dépense de santé.

a. La maîtrise des dépenses

Les médecins employés par cet organisme sont rémunérés en fonction du revenu moyen des médecins situés dans la zone d'exercice.

Kaiser Permanente évalue la performance de leurs médecins et envoie ce rapport à l'ensemble des médecins pour comparer leurs efficacités et vérifier si les objectifs sont respectés. Les critères retenus pour élaborer ces évaluations sont les paramètres de santé (poids, tension...) ainsi que la satisfaction des patients. L'évaluation de chaque médecin correspond à une partie de leur revenu pouvant atteindre 10% du salaire.

L'environnement proposé par Kaiser Permanente est propice à améliorer le système de soins puisque chaque client possède un dossier médical observable en ligne par tous les médecins. L'une des particularités de ce procédé est de donner le traitement le plus adéquate afin d'éliminer la pathologie.

Par ailleurs, le modèle Kaiser Permanente réalise de nombreuses économies du fait de l'utilisation massive de médicaments génériques dont les prix sont négociés avec des laboratoires.

Force est de constater que le programme instaure des tarifs plus attractifs que ses concurrents et leur médecine permet de prévenir de grave maladie.

b. Une organisation qui ne peut pas être modélisée au niveau national

Beaucoup d'organismes s'étonnent de ne pas voir la méthode de Kaiser Permanente appliquée à l'échelle nationale puisque les prix sont bas et une maîtrise des dépenses a été mise en oeuvre.

L'application généralisée de ce modèle est délicate car les américains manquent de confiance dans l'organisation et les médecins du réseau.

Les patients rattachés à Kaiser Permanente sont dans l'obligation de consulter un médecin ou un hôpital de leur réseau, ce qui leur enlève leur droit de liberté.

Aux États-Unis, il existe un autre contrat d'assurance, concurrent du HMO, intitulé le « Preferred Provider Organization (PPO) ». La signature de ce contrat permet de choisir n'importe quel médecin du pays. Les américains sont particulièrement attachés à leur principe de liberté.

Par contre, le contrat PPO s'est fortement développé et les primes d'assurances ont augmenté. C'est pourquoi, devant cette hausse, les employeurs ont tendance à contracter des contrats de groupe, laissant aux salariés une charge importante des dépenses.

2. Les économies prévues par la réforme du Congrès

Le Congrès a adopté un texte visant à appliquer une multitude de dispositifs, comme le renforcement de la prévention ainsi qu'un changement en matière de rémunération pour les médecins, afin de réduire les dépenses.

a. La prévention au cœur des mesures

L'exécution d'action préventive est un moyen efficace de détecter de nombreuses maladies, causées par la mauvaise hygiène de vie des américains. Par conséquent ces actions préventives génèrent d'importantes économies.

Le texte de la réforme envisage que certaines pratiques médicales seront totalement pris en charge par les deux organismes public Medicare et Medicaid. De plus, grâce à la réforme chaque patient suivi bénéficiera d'une visite de prévention à la charge de Medicare.

Un programme pour les sans domicile fixe ayant recourt à la drogue ou l'alcool a été instauré, de même qu'un programme pour lutter contre le développement du sida.

b. Une meilleure coordination des soins

Les informations entre le médecin généraliste d'un patient et l'hôpital ne sont pas coordonnées, il manque toujours une information sur le patient ou sur un traitement. Par conséquent, il a été utile de recadrer la communication et la synchronisation entre ces deux acteurs pour que de meilleurs soins puissent être attribués, et éviter de faire des dépenses inutiles.

c. De nouvelles rémunérations pour les médecins

Une première mesure viserait à attribuer le revenu du médecin sur la base de la qualité des soins donnée. Cette pratique limite la multiplication des actes.

Medicare lance en 2009 une procédure qui vise à rémunérer les médecins de manière forfaitaire. Par la suite, lors d'une consultation d'un patient, le médecin sera plus déterminé à définir un traitement efficace, car il sait que sa rémunération est fixe quelque soit la maladie diagnostiqué. C'est le même concept pour les hôpitaux. Ils reçoivent une somme pour une opération distincte, alors qu'avant chaque fournisseurs de soins qui intervenaient, recevaient son propre paiement.

Dans la continuité de la réforme, un centre sera fondé dans Medicare et Medicaid afin d'optimiser la gestion des soins et de rémunération des médecins. Ensuite, un congrès aura pour rôle de tenir informer le Congrès quand à l'évolution des dépenses de santé.

Partie IV : Comparaison États-Unis-France

Chapitre 1 : Le système de santé français

Le système français de santé se distingue par la multitude d'acteurs publics comme les hôpitaux et d'acteurs privés tel que les cliniques. Ce système est financé par l'assurance maladie qui est rémunéré par les cotisations des salaires. L'État français agit sur différents niveaux. Il participe activement au financement, à la production des soins et il assure une bonne coordination entre les organismes de financement, les patients et les spécialistes de la santé.

Par ailleurs, il est possible que l'État s'occupe de planifier les soins au niveau régional, de la politique de la santé publique avec l'introduction de la prévention et de la lutte contre les maladies. De même, il participe à la formation des acteurs de la santé, à l'application des normes de qualité des hôpitaux et cliniques.

Toute une série d'organismes ont été instauré au cours des vingt-cinq dernières années afin d'accroître les capacités de préventions et de contrôle des soins. L'État va assigner une mission à chacune des structures suivantes : agence de la biomédecine, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments (AFSSA), l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) ; l'Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale (AFSSE), l'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP), l'Etablissement Français du Sang (EFS), la Haute Autorité de Santé (HAS), l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), l'Institut de Veille Sanitaire (INVS) et l'Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire (IRSN).

Le régime de l'assurance maladie peut être distingué selon trois niveaux distincts c'est-à-dire dans un premier temps la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), ensuite les Caisses Régionales d'Assurance Maladie (CRAM) au nombre de 16 et enfin les 128 caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM).

Les Caisses Régionales d'Assurance Maladie ont une mission de service public notamment dans la prévention et la tarification des risques professionnels. Elles jouent un rôle dans le domaine hospitalier à travers divers travaux des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) ainsi que tout ce qui touche au secteur de la retraite.

Les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie ont pour fonction d'accorder l'administration des régimes d'assurance maladie en tenant compte de trois facteurs : la maîtrise des dépenses de santé, la qualité des soins ainsi que l'éducation et la prévention à la santé.

Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie gèrent les relations avec les partenaires de l'assurance maladie. De plus ils financent les producteurs de soins par l'intermédiaire du tiers payant ou par remboursement des feuilles de soins.

Chaque français est obligé d'avoir une assurance maladie, appartenant à la sécurité sociale au même titre que la vieillesse et les accidents du travail. A l'intérieur de l'assurance maladie on recense différents régimes. On y retrouve le régime général (salarié, étudiants, autre) ensuite les régimes spéciaux (fonctionnaires), puis les régimes de non salariés non agricoles (artisans, commerçants), le régime agricole qui garantis contre la plupart des risques les personnes avec un emploi ou non, le régime chômage qui concerne les travailleurs salariés et enfin le régime de retraites complémentaires ARRCO (Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des Salariés) et AGIRC (Association Générale des Institutions de Retraite

des Cadres) qui apparaît obligatoire pour les salariés étant considérés dans le régime général ou dans le régime agricole.

La sécurité sociale est financée par une cotisation sur le salaire qui représente 60% des recettes, un impôt indirect qui correspond à une taxe sur le tabac et l'alcool et enfin la Contribution Sociale Généralisée (CSG) qui est prélevé sur tous les revenus.

La France fait parti des pays européens où les dépenses de santé sont les moins remboursés par la caisse d'assurance maladie.

En France, une partie des dépenses de médicaments sont prises en charge par la sécurité sociale à hauteur de 67%, puis 19% des dépenses à la charge des complémentaire, les ménages y contribuent de 13% et pour finir l'État avec 1%.

Tableau 4 : Les différentes couvertures et acteurs du système médicale français



Source : l'Agence pour le Développement et la Coordination des Relations Internationales (ADECRI)

Les personnes les plus mal lotis ont la possibilité de bénéficier de la Couverture Maladie Universelle (CMU) qui est entrée en vigueur le premier janvier 2000. En 2008, environ six millions de personnes étaient couvert par la Couverture Maladie Universelle, dont plus 75% au titre de la complémentaire. Les bénéficiaires de cette Couverture Maladie Universelle sont d'une part les personnes ayant épuisé ou n'ayant pas de droit à l'assurance maladie, puis d'autre part, les ménages jouissant d'une assurance maladie mais n'ayant pas pu souscrire à une complémentaire santé à cause de la faiblesse des revenus.

La part de la population qui n'est pas abritée contre les risques de maladie et qui de plus bénéficie du Revenu de Solidarité Active (RSA) sont adhérents à la Couverture Maladie Universelle.

Il existe aussi la Couverture Maladie Universelle Complémentaire appelée CMU-C qui peut être acquise de manière gratuite sans cotisation et permet d'accéder à des soins fournis par les hôpitaux ou les médecins sans avoir de frais. Le régime de sécurité sociale auquel appartient le bénéficiaire ou l'organisme complémentaire est chargé de s'occuper de la prise en charge de la CMU-C. ceux adhérant à cette complémentaire sont tenus de suivre le parcours de soins obligatoire à tous sous peine d'obtenir un taux de remboursement moins important par rapport au contrat de base.

La CMU-C est accordé aux français et étrangers ayant résidé depuis plus de trois mois en France et l'adhésion à cette complémentaire est fixé par rapport à un plafond. Dans le cas d'une personne le montant maximal de revenu mensuel est de 606 euros, pour un foyer contenant trois personnes le plafond est évalué à 1091 euros et pour un ménage de six personnes le revenu mensuel maximal est de 1757 euros. De plus les personnes bénéficiant du revenu minimum d'insertion ont un accès automatique à la couverture maladie universelle complémentaire.

Avec cette CMU-C, les frais médicaux sont pris en charge en totalité en tiers payant et les fournisseurs de soins doivent impérativement appliquer les tarifs définis par la sécurité sociale.

L'État a su mettre en place et finance une aide médicale pour les étrangers sans papiers et sans revenu résidant en France, mais les dépenses de santé progressent chaque année. On recense 190 000 personnes en 2006.

Il se peut que les dépenses de santé engendrées par une maladie, accident ou autre ne soient pas remboursées entièrement. C'est pourquoi la partie non remboursé est destiné au patient. C'est ce que l'on définit sous le nom de « ticket modérateur » qui par la suite sera pris en considération par les assurances complémentaires. Les complémentaires sont répartis entre les mutuelles, les compagnies d'assurance privées et les institutions de prévoyance.

Acquérir une complémentaire santé représente un coût important. De ce fait, une partie non négligeable de la population a décidé de renoncer à la complémentaire, ce qui se traduit par un risque de payer une somme importante pour les frais médicaux. La création en 2005 d'une aide appelée « chèque santé », a pour but de contribuer à favoriser l'acquisition d'une complémentaire de santé individuel. On estime le coût de cette aide à 85 millions d'euros par an.

Des conditions d'accès notamment en termes de revenus existent. Ainsi, les ménages peuvent en bénéficier à la condition que leur revenu mensuel soit compris entre 606 et 727,25 euros.

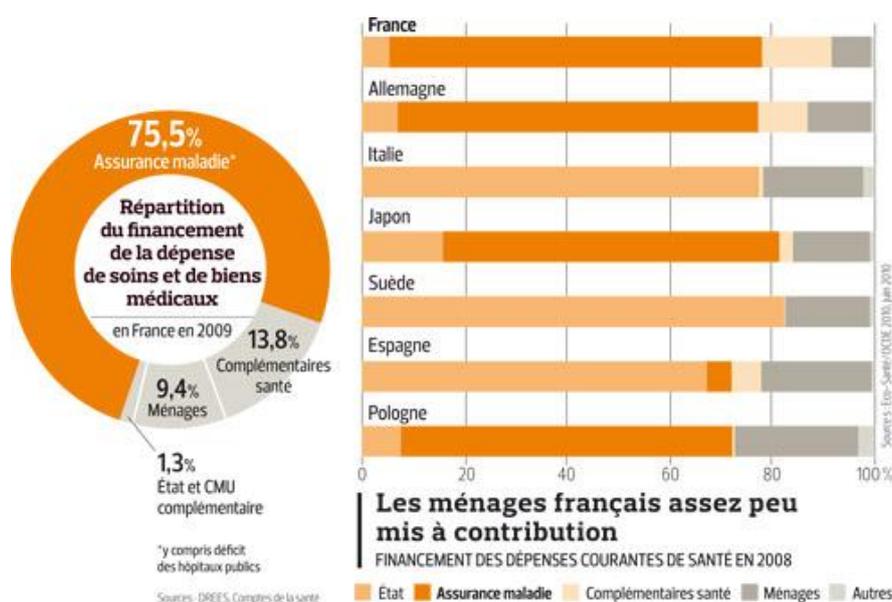
L'aide de ce chèque santé fluctue en fonction de l'âge de l'adhérent. Il peut atteindre 500 euros pour les personnes âgées de plus de 60 ans contre 100 euros pour les moins de 25 ans.

En 2008, ce sont près de 600 000 personnes qui ont bénéficié de cette aide financière. Le nombre d'adhérents a nettement progressé entre 2007 et 2008 puisqu'une hausse de 17% a été observée sur cette période. Toutefois, cette très forte hausse n'est pas suffisante pour faire profiter aux deux millions de personnes de cette aide.

En comparaison à d'autres pays, nous pouvons constater que les familles françaises ont tendance à contribuer moins que les autres pays dans les dépenses de soins médicaux. Le financement des frais de soins est assuré en très grande partie par l'assurance maladie contrairement à l'Italie, la Suède ou l'Espagne dont l'acteur primordial dans le financement des soins est l'État.

Les ménages polonais ont la malchance de déboursier trois à quatre fois plus que les français pour régler leurs factures.

Graphique 12 : Le financement des dépenses courantes de santé en 2008



Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

La consommation de soins médicaux est estimée à 170 milliards d'euros ce qui représente presque 9% du PIB en 2008. La consommation des soins est financée de la manière suivante : 75% par la sécurité sociale, 14% par les institutions complémentaires et le restant soit 11% par les ménages.

Dans le tableau suivant, nous allons décomposer et analyser l'évolution des dépenses de soins et de bien médicaux.

Tableau 5 : Structure du financement de la dépense courante de soins et de biens médicaux

En %	1995	2000	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Sécurité sociale	77,1	77,1	77,0	77,0	76,3	76,2	75,5	75,5
État et collectivités locales	1,1	1,2	1,3	1,3	1,4	1,4	1,3	1,3
Organismes complémentaires	12,2	12,7	13,3	13,3	13,4	13,5	13,7	13,8
<i>Mutuelles</i>	7,3	7,6	7,7	7,7	7,8	7,7	7,7	7,7
<i>Sociétés d'assurance</i>	3,3	2,7	3,1	3,1	3,2	3,3	3,5	3,6
<i>Institutions de prévoyance</i>	1,6	2,4	2,5	2,5	2,4	2,5	2,5	2,5
Ménages	9,6	9,0	8,4	8,4	8,9	8,9	9,5	9,4
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Champ : France.

Source : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Une petite modification s'est effectuée durant la période 1995-2009. D'après les statistiques du DRESS, la part de la sécurité sociale s'est légèrement réduite passant de 77,1 en 1995 à 75,5 en 2009 et celle des organismes complémentaires a augmenté de 1,6 points (12,2 à 13,8) sur cette même période.

La part des ménages est restée pratiquement inchangée, puisque en quatorze ans leur contribution a diminué de 0,2 points.

La baisse de la sécurité sociale s'explique par une volonté de maîtrise des dépenses de santé dans le cadre de la réduction du déficit.

La hausse du tarif journalier de prestation dans les hôpitaux publics est la principale raison des gains des compagnies d'assurance.

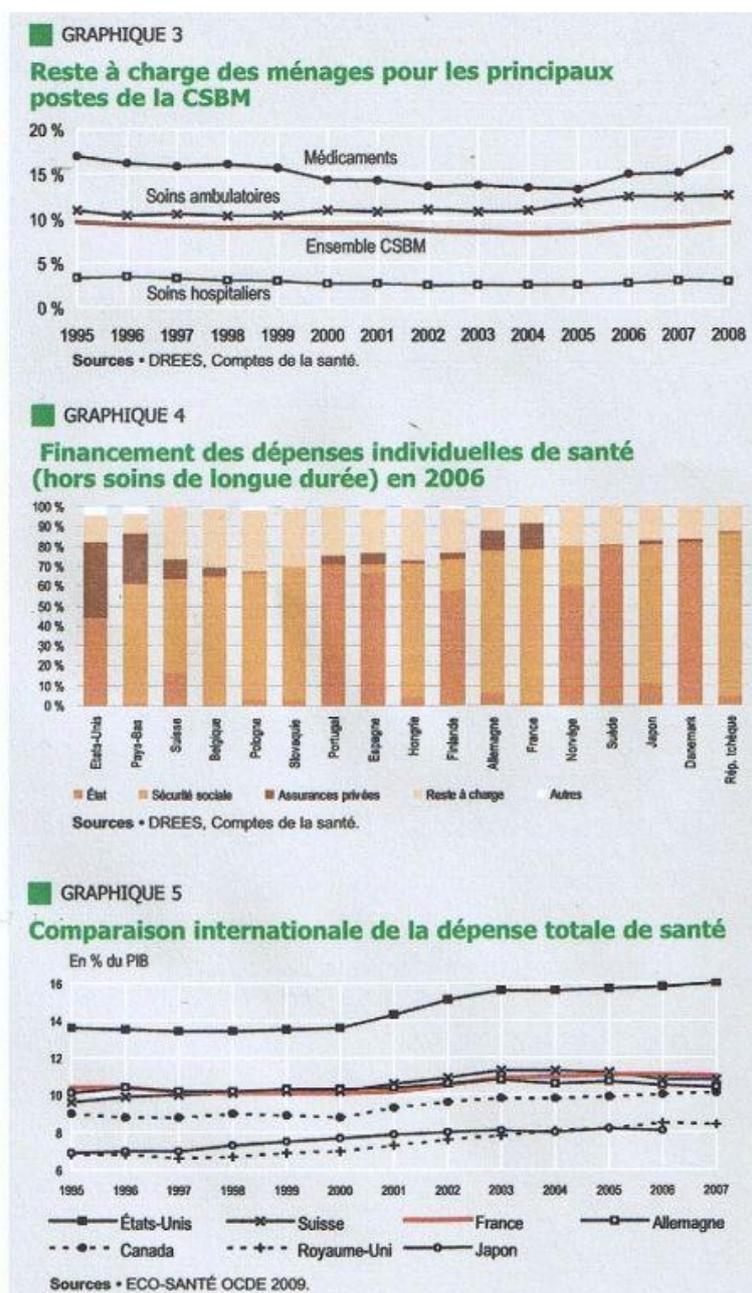
En ce qui concerne les ménages, on peut observer une élévation d'un point de leur part entre 2004 et 2009 passant respectivement de 8,4 à 9,4. Cette progression s'explique par la non prise en charge par la sécurité sociale de certains médicaments qui ne sont plus remboursables, mais aussi par les dépassements d'honoraires.

Dans le graphique ci-dessous, on constate que les médicaments et les soins ambulatoires occupent une place importante dans le budget des ménages français. En analysant plus précisément le poste des médicaments, la part a connu une légère augmentation sur la période 1995-2008 passant de 17% à 18%. La même constatation peut être émise pour les soins ambulatoires avec une croissance relativement stable durant la période (11% en 1995 à 12,5% en 2008).

La part des dépenses consacrées aux soins hospitaliers est restée constante durant toute la période 1995-2008. C'est le poste qui est le plus pris en charge par la sécurité sociale.

Le graphique qui suit présente le financement des dépenses individuelles de santé en 2006. D'après les études de la DREES, la France est l'un des pays parmi ceux cités ci-dessous, où la prise en charge par les ménages des dépenses de santé est la plus faible. Le financement en France est assuré à pratiquement 80% par la sécurité sociale.

Graphique 13 : Reste à charge des ménages, financement et comparaison des dépenses de santé



Source : Eco-santé OCDE 2009

Le dernier graphique ci-dessus décrit une comparaison entre plusieurs pays sur les dépenses totale de santé. La France consacre à la santé, 11% du PIB en 2007. Cette proportion, dans l'ensemble est restée la même. On peut comparer le niveau français, à celui de la Suisse et l'Allemagne. Toutefois, un écart s'est creusé avec les États-Unis, qui consacrent 16% de leur PIB au secteur de la santé.

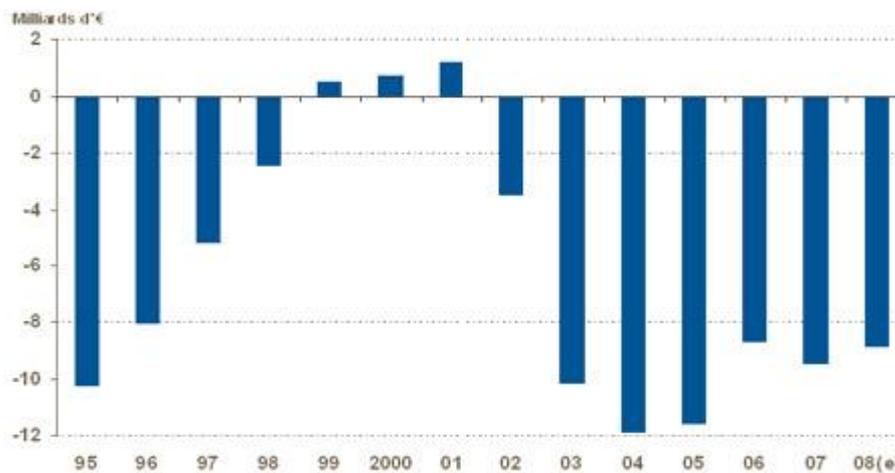
Les dépenses de santé augmentent régulièrement en France de part le vieillissement de la population, des nouveaux médicaments et du niveau de vie qui s'améliore.

Tout d'abord la proportion de personnes âgées va s'amplifier en France car d'ici 2050, l'INSEE prévoit 22 millions de personnes de plus de 60 ans. C'est 80% de plus qu'en 2005 ou la proportion de ces personnes étaient de 12,6 millions.

La réforme du système de santé français a engendré une profonde modification dans le comportement du patient puisque chacun d'entre eux doit choisir un médecin traitant qui le conseillera vers des médecins spécialistes selon la pathologie traitée. Le médecin traitant est chargé de coordonner le dossier médical personnel de chaque patient.

L'assurance maladie a un déficit qui grandit d'année en année car le déficit est passé de 700 millions d'euros en 1999 à plus de 11 milliards d'euros en 2004. Toutefois la réforme de 2004 a marqué un tournant avec une baisse régulière des dépenses jusqu'en 2006 passant de 12 milliards d'euros à 8,5 milliards d'euros. Toutefois, l'année 2007 marque le retour du creusement du déficit d'un montant de 9,5 milliards d'euros. Toutefois avec la montée du chômage la sécurité sociale se retrouve avec une diminution des recettes ce qui amplifie le déficit.

Graphique 14 : Evolution du déficit du régime général de 1995 à 2008



Source : commission des comptes de la sécurité sociale, avril 2008

Chapitre 2 : Comparaison du modèle France- États-Unis

La comparaison de ces deux pays est essentielle pour réussir à comprendre pourquoi les États-Unis ne parviennent pas à fournir des soins de qualité. En atteste le classement de l’OMS qui classe la France première et celui des américains au trente-septième rang. Pourquoi une telle différence entre ces deux systèmes de santé alors qu’un américain dépense deux fois plus qu’un français ?

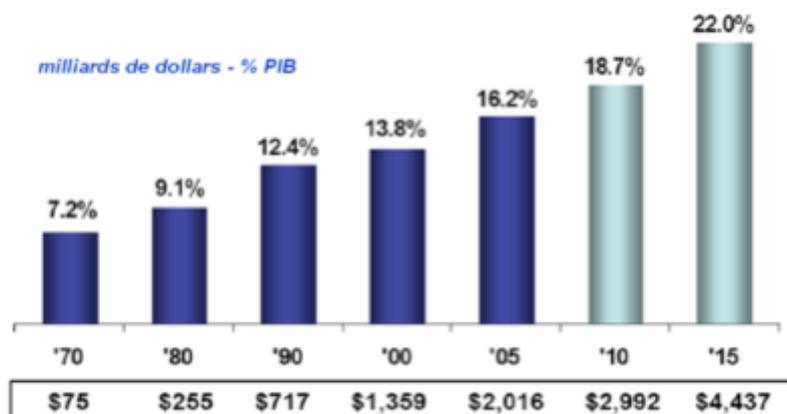
La France et les États-Unis divergent sur de nombreux critères d’indicateurs de santé et cette divergence explique pourquoi le système de soins américain ne se trouve pas dans les premières places du classement.

Les américains dépensent de plus en plus en matière de santé mais cependant ils vivent moins longtemps et leur santé est de plus en plus mise en danger, ce qui justifie une inefficacité de leur système de santé.

Les États-Unis possèdent le système de santé le plus cher au monde mais à l’intérieur du territoire il y a une grande partie de la population qui est sans assurance.

Dans les deux pays, les dépenses de santé augmentent de cinq pourcents annuellement pour les États-Unis et de trois pourcents annuellement pour la France. Ces augmentations traduisent l’importance du secteur de santé dans la société. L’augmentation des dépenses est à mettre à l’actif de l’importante hausse des tarifs des services médicaux, à l’utilisation de nouvelles technologies mais aussi en ce qui concerne le système américain à la multiplication des scanners et des IRM.

Graphique 15 : L’évolution des dépenses sur la période 1970-2015



Source : Centers for Medicare & Medicaid Services, Office of the Actuary

Source: Centers for Medicare and Medicaid Services

Les Centers for Medicare and Medicaid Services ont établi l’évolution des dépenses de santé depuis 1970 jusqu’à 2005. Les deux périodes suivantes 2010 et 2015 sont des prévisions. Ainsi le centre prévoit en 2015 une dépense de santé équivalente à 22% du PIB ce qui représente une forte augmentation d’environ 15 points par rapport à 1970. Si cette tendance se confirme, alors un cinquième du PIB sera exclusivement consacré à la santé. C’est une proportion beaucoup trop importante et inquiétante qui doit absolument être régulé par le gouvernement américain.

En 2015, les dépenses s'élèveront à 4 500 milliards contre 75 milliards de dollars en 1970. Si cette prévision est juste, cela signifierait que sur la période 2005-2015, les dépenses de soins auront doublé.

Par comparaison, le montant des dépenses de la France en 2005 étaient évalués à 190 milliards d'euros correspondant à environ 266 milliards de dollars. Sur cette année, les américains ont dépensé pratiquement huit fois plus que les français. En 2009, ces dépenses ont largement augmenté puisqu'elles s'élèvent à 223 milliards d'euros. A l'horizon 2015, nous pouvons estimer que les frais de santé pourraient dépenser les 270 milliards d'euros ce qui est égale à 380 milliards de dollars.

Ainsi il existe une très grande différence dans la gestion des dépenses de santé étant donné que le système américain doit couvrir plus de 300 millions de personnes contre 65 millions pour la France.

Les américains salariés bénéficient d'une sécurité sociale tant que leur employeur la paye, alors qu'en France la sécurité sociale est directement prélevé sur le salaire. Par ailleurs tout le monde y participe les employeurs comme les salariés. Chez les américains le principe de solidarité n'existe pas, chaque revenu gagné n'est pas destiné pour quelqu'un d'autre que soi.

Un point important et qui déjà oppose ces deux pays c'est le financement de la santé. Le système américain est principalement financé par des organismes privés à hauteur de 55% alors qu'à l'inverse en France c'est un financement public contribuant à 75% qui est privilégié. Ainsi l'État s'implique plus dans la gestion des soins en France. Le gouvernement américain devrait sans doute repenser leur mode de financement pour privilégier les sources publiques et éviter une aggravation des coûts engendrés par les compagnies d'assurance privés.

Le système français couvre la totalité de la population notamment grâce à la CMU, quand aux américains, ils ont des systèmes qui diffèrent selon les groupes sociaux, le remboursement des médicaments varie et dépend du programme auquel on appartient (Medicare, Medicaid, assurances privée).

En France comme aux États-Unis, la population est mal informée sur le fonctionnement du système. Ils ne connaissent pas forcément leur droit, le montant des remboursements. Le système manque de transparence. Les personnes étrangères avec des revenus faibles vivant sur le continent américain sont très touchées par ce manque d'information ce qui contribue à accroître la catégorie de population sans assurance alors qu'elle ne devrait pas.

L'amélioration du flux d'information est primordiale si le gouvernement américain veut parvenir à remplir son objectif principal qui est d'assurer chacun des citoyens américains.

Une autre différence subsiste dans la prise en charge des maladies chroniques. En France les patients ayant des affections de longues durées sont totalement pris en charge alors que seuls les patients appartenant au programme Medicare sont protégés.

Le tarif d'une consultation chez un médecin généraliste est sensiblement différent sachant que les américains déboursent 150 dollars pour une visite contre 23 euros en France (environ 33 dollars). La consultation est quatre fois plus chère qu'en France ce qui contribue à accroître le déficit américain et ce tarif de 150 dollars n'incite pas les américains à consulter un médecin car pour quelques ménages c'est une somme qui est susceptible de les ruiner.

De plus, une distinction s'opère au niveau de l'acquisition de l'assurance. Effectivement, la plupart des travailleurs américains ont une assurance. Cependant, les salariés qui ne se sont

pas vu offrir une couverture santé par leur employeur ne peuvent pas prétendre au programme Medicaid car leurs ressources sont supérieures au critère du programme et ils ne peuvent pas se payer une assurance privée à cause de son prix élevé. A l'inverse, en France les salariés ont directement accès à une couverture santé.

Le type d'organisation de la France ne peut pas être intégré aux États-Unis car chaque pays possède sa propre organisation avec les caractéristiques du pays. La seule leçon que les américains peuvent tirer du modèle français, c'est qu'il est possible de couvrir l'ensemble de la population.

Les médecins américains et français possèdent un dossier médical informatisé de chacun des patients, ce qui permet aux médecins de connaître les dernières radios, les derniers traitements et les dernières consultations avec les médecins généraliste ou spécialistes. Cependant, ce dossier médical ne permet pas aux médecins de savoir quelle pathologie a été traitée ni quels vaccins ont été effectués.

Un problème se pose quand à la confidentialité du dossier médical du patient. En France chacune des personnes possède une carte vitale qui contient les informations administratives du patient. Toutefois, il n'est pas envisageable de laisser l'accès aux informations du patient à certains acteurs de soins tel que les pharmaciens, les radiologues...

En effet, si un trop grand nombre de fournisseurs de soins sont en possession de ces informations, le secret médical n'est plus garanti.

Comme nous l'avons vu précédemment, les américains et les français ont des résultats sensiblement différents dans quelques critères de santé.

Une opposition s'établit entre le classement de l'Organisation Mondiale de la Santé et la dépense de santé par habitant. Un américain dépense près de 7300 dollars tandis que pour un français elle s'élève à 3600 dollars. Ainsi pour une dépense deux fois moins importante les français sont mieux soignés et bénéficient d'un système de soins qui répartit de manière optimale ses ressources pour une efficacité optimale.

De plus, la mortalité infantile des américains est à 6,7 pour 1000 et l'espérance de vie, 78 ans. La France a une espérance de vie supérieure (81 ans) mais leur mortalité infantile est moindre avec une part de 4 pour 1000.

La moyenne de médecin pour mille habitants montre une fois de plus l'inégalité dans les deux systèmes. En effet, les américains disposent de 2,4 médecins pour mille habitants contre 3,4 médecins pour les français. Même si la France possède un taux de médecin plus important que les États-Unis, cela n'empêche pas que la répartition de ces derniers soit très inégale sur chacun de ces territoires.

L'efficacité du modèle français est montrée ci-dessus et toute la population est couverte. Aux États-Unis, il faut attendre quelques années pour espérer que chaque citoyen de ce pays possède une assurance et un accès facilité par un meilleur contrôle des prix.

Ces deux pays ont eu la bonne idée de créer un dossier médical informatique pour chaque patient dans le but d'améliorer le suivi du patient. L'utilisation de ce dossier personnel est quelque peu différente selon que l'on soit en France ou au États-Unis. Le centre Kaiser Permanente a développé et favorisé l'accès à un dossier médical personnel pour que chaque fournisseur de soins puisse disposer de toutes les informations concernant le patient. Le médecin connaît les pathologies traitées tout au long de la vie du patient. En France, le dossier médical personnalisé est en phase d'expérimentation dans la région Alsace.

Le dossier médical personnalisé du patient ne peut pas être consulté par tous les fournisseurs de soins. Seul le patient y a accès automatiquement et il détermine qui peut y accéder comme

le médecin traitant. Il peut aussi décider d'accorder un accès limité concernant quelques détails à certains professionnels de santé tels que les pharmaciens, les infirmiers. Le patient peut aussi refuser l'accès à ces données personnelles aux assureurs, aux mutuelles ainsi qu'au médecin du travail.

Les États américains du Massachusetts, New-York, Californie ont pris l'initiative d'établir, à travers diverses mesures, une couverture universelle pour réduire la proportion d'américain sans assurance.

De plus la réforme de Barack Obama offrira à près de 33 millions de citoyens une assurance santé. Ces deux mesures sont importantes dans la poursuite de réduction des inégalités ainsi que pour l'accession aux soins.

Aux États-Unis, compte tenu de la très forte progression des prix des assurances privées, le gouvernement a pris la mesure de mettre en place des organismes de contrôle des prix. Ces organismes doivent aussi maintenir la concurrence entre tous les assureurs et s'assurer qu'aucune alliance ne s'établisse entre eux.

Beaucoup d'éléments démontrent l'incapacité du système de santé américain à procurer des soins efficaces et universels.

Avec la réforme de Barack Obama, beaucoup d'américains pensent que leur système de santé se rapprochera du système de soins européen et plus précisément celui des français. Cependant mettre en œuvre des mesures pour reprendre en partie le modèle de la France prendra beaucoup de temps. Jusqu'à ce qu'un modèle de santé soit proposé et approuvé par tous, chaque américain continuera à choisir son assureur, sa complémentaire.

Conclusion

A travers notre analyse, nous avons cherché à démontrer l'importance et la nécessité d'une réforme de la santé aux États-Unis.

La réforme du système de santé impulsé par le président Barack Obama est-elle vraiment indispensable pour offrir à chaque américain une couverture médicale ?

L'assurance maladie américain n'offre pas une couverture universelle. 16% de la population n'a pas d'assurance. Le système américain est inégalitaire. Pour une question de budget, l'assurance ne couvre pas les personnes ayant une maladie de longue durée. Les dispositifs mis en place ne permettent pas de maintenir la population dans un état de santé convenable. Ces dispositifs ne profitent qu'à une partie de la population américaine. Ainsi, l'État intervient très peu dans le système de santé américain. L'instauration d'un modèle universel est impossible. De ce fait, dans le pays, chacun des États veut établir ses règles, en matière de santé.

Pourtant le domaine de la santé est important. C'est un investissement continu, un critère de croissance économique. Il est nécessaire d'accomplir des actions de préventions pour que chacun puisse avoir une idée des conséquences possibles.

Cependant, la maîtrise des coûts de santé est délicate puisque les dépenses ont tendance à augmenter de 5% par an. De part cette situation, les dépenses de santé représentent près de 16% du PIB en 2010. Avec un accroissement naturel de 5% annuel, le déficit risque de s'aggraver rapidement. Les présidents, cherchant à réguler les dépenses, ont été contraints d'abandonner. Seul Barack Obama a vraiment lancé un mouvement pour mettre fin à ce problème, mais l'opposition, trop forte, empêche d'assurer l'adoption du projet de réforme.

Ensuite, la population qui dispose d'une assurance veut absolument la garder, ce qui peut poser un véritable problème. Effectivement, si l'individu perd son emploi, il perd en même temps son assurance puisque généralement c'est l'employeur qui la fournit. Si cette situation se réalise, lors d'une visite médicale ou une hospitalisation, la facture peut marquer la faillite d'une famille.

Une grande partie de la population reste à l'écart du système dont les raisons sont multiples : risque de faillites financières, individu ayant une maladie de longue durée et ne pouvant être prise en charge car les tarifs sont élevés, ou encore, les populations immigrés habitant dans des zones précaires et dont l'accès à la santé est très difficile. Par ailleurs, les individus ne bénéficient pas de la même qualité de soins. Les personnes pouvant payer auront tendance à profiter de la meilleure médecine, et pour l'autre partie de la population ce sera une médecine de moindre qualité.

Il est difficile de croire qu'un pays comme les États-Unis puissent éprouver des difficultés à améliorer leur système de soins et à mettre en place une réforme pour que la population bénéficie d'une assurance. Aucun président jusqu'à aujourd'hui n'a réussi à établir une sécurité sociale universelle. Plusieurs partis sont contre cette réforme car cette révolution engendrera des dépenses colossales. Difficile de prévoir si le moment est propice à instaurer cette réforme compte tenu du climat d'aujourd'hui avec la crise économique.

En dépit de ces difficultés et de la crise, les États-Unis se donnent les moyens pour parvenir à une meilleure équité mais aussi pour freiner les dépenses de santé.

Par ailleurs, en vue des prochaines élections présidentielles américaines, Barack Obama doit essayer de convaincre les opposants à cette réforme pour rester crédible aux yeux de ces

électeurs. La population commence à douter de la possibilité d'une telle réforme et redoute d'une très forte augmentation des tarifs des assurances et des actes médicaux.

Il sera très difficile de provoquer un changement dans l'organisation des soins étant donné que les américains ont toujours connu le même système.

Il est très délicat de faire changer les mentalités des américains. Pour eux la richesse qui est gagnée ne doit pas être partagée avec ceux qui n'en ont pas. Ainsi, dans cette optique comment provoquer un bouleversement de cette pensée pour faire accepter un système de santé universelle où tout est mis en commun ?

De plus, les industries pharmaceutiques mettent la pression sur le gouvernement américain pour ne pas instaurer cette réforme qui provoquerait une diminution de leur profit.

En conclusion, la réforme est inéluctable, mais trouver un compromis entre tous les acteurs intervenant dans le système de santé est totalement impossible. Chacun doit faire des concessions pour qu'enfin un type de système puisse convenir à tous et être mis en place. Les États-Unis sont dans l'obligation de pratiquer cette réforme s'ils veulent redorer leur image de première grande puissance mondiale.

Comment Barack Obama compte maintenir cette importante réforme du fait de la réduction du budget destiné à la santé de 62 milliards de dollars étalé sur 10 ans prévu dans le projet du budget de 2012 ?

Références bibliographiques

1. Agence France Presse, 2010, « Assurance santé : Les américains en queue de classement pour la qualité et coût des soins », News-assurances, 18 novembre 2010, disponible sur <http://www.news-assurances.com/assurance-sante-les-americains-en-queue-de-classement-pour-la-qualite-et-le-cout-des-soins/016749632>
2. American medical association, 2010, « health system reform insight », American Medical Association, 24 mars 2010, disponible sur <http://www.ama-assn.org/ama/pub/health-system-reform/resources/insight/march-2010/24mar2010.shtml>
3. Agence France Presse, 2010, « La santé appauvrit 100 millions de personnes par an », Le Figaro, 23 novembre 2010, disponible sur <http://www.lefigaro.fr/conjoncture/2010/11/22/04016-20101122ARTFIG00516-la-sante-appauvrit-100-millions-de-personnes-par-an.php>
4. Béland Daniel, 2010, « L'avenir du système de santé américain », Lavie des idées, 12 mars 2010, disponible sur <http://www.laviedesidees.fr/L-avenir-du-systeme-de-sante.html>
5. Binder-Foucard F et Velten M, 2007, « Economie de la santé »
6. Burton Rachel et L.Peterson Chris, 2007, « CRS Report for Congress. U.S health care spending : comparison with other OECD countries », disponible sur http://assets.opencrs.com/rpts/RL34175_20070917.pdf
7. C.Pipes Saly, 2010, « La réforme santé d'Obama passe : la douleur commence », New York Post, 22 mars 2010 disponible sur <http://www.institutmolinari.org/la-reforme-sante-d-obama-deux,895.html>
8. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, 2007, « Les dépenses d'assurance maladie à l'horizon 2015 », 5 juillet 2007, disponible sur http://www.sideralsante.fr/repository/pdfs/416_point_d_039_information_mensuel.pdf
9. Carnet de Santé, 2009, « Réforme du système de santé américain : un test grandeur nature », octobre 2009, disponible sur <http://www.carnetsdesante.fr/+Reforme-du-systeme-de-sante+>
10. Chernyak Yana, 2010, « Comparatif des systèmes de santé américains et français », Ifrap, 9 avril 2010, disponible sur <http://www.ifrap.org/Comparatif-des-systemes-de-sante-americain-et-francais,11586.html>
11. Cohu Sylvie et Lequet-Slama Diane, 2007, « le système d'assurance santé au États-Unis », disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er600.pdf>

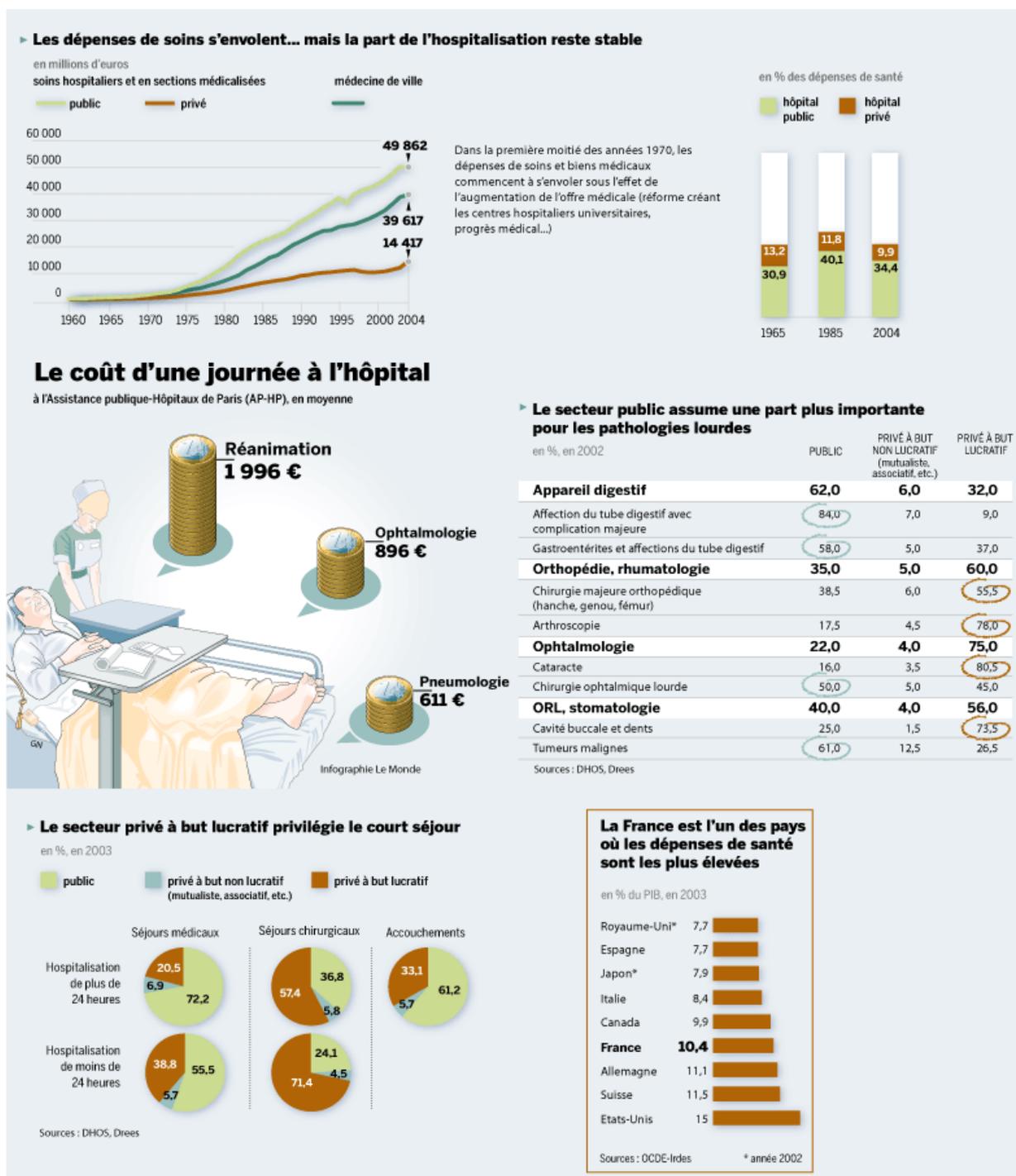
12. Cornilleau Gérard, « La santé, entre difficultés financières et risques de dégradation qualitative », OFCE, France 2012, disponible sur <http://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/ebook/ebook122.pdf>
13. Cyr Alexandra, 2010, « Quel système d'assurance santé pour les Américains ? », Mondialisation, 31 mars 2010, disponible sur <http://www.mondialisation.ca/index.php?context=va&aid=18413>
14. D.Tanner Michael, 2010, « Notre future sous la réforme de santé d'Obama », National Review, 20 mars 2010, disponible sur <http://www.institutmolinari.org/la-reforme-sante-d-obama-deux,895.html>
15. DeNavas-Walt Carmen, D.Proctor Bernadette et C.Smith Jessica, 2008, « Income, poverty, and health insurance coverage in the United States: 2007 », disponible sur <http://www.census.gov/prod/2008pubs/p60-235.pdf>
16. Derreumaux Olivia, 2009, « La réforme du système de santé d'Obama affectera inégalement les laboratoires », Investir, 12 décembre 2009, disponible sur <http://www.jdf.com/enquete/2009/12/12/04004-20091212ARTHBD00058-la-reforme-du-systeme-de-sante-d-obama-affectera-inegalement-les-laboratoires.php>
17. Drucker Jacques, 2010, « La réforme de la santé aux Etats-Unis », disponible sur <http://www.hcsp.fr/docspdf/adsp/adsp-71/ad710912.pdf>
18. Freeman H, 19 janvier 2011, « First: ObamaCare « beautiful on paper » », American Thinker du 20 mai 2011, disponible sur http://www.americanthinker.com/blog/2011/01/frist_obamacare_beautiful_on_p.html
19. Gruber Jonathan, 2010, « Si nous ne faisons rien, le coût des dépenses de santé atteindra 40% du PIB en 2075 », disponible sur <http://www.lesechos.fr/economie-politique/monde/dossier/300418690--si-nous-ne-faisons-rien-le-cout-des-depenses-de-sante-atteindra-40-du-pib-en-2075-.htm>
20. Halimi Serge, 2010, « Peut-on réformer les Etats-Unis ? », Le Monde diplomatique, janvier 2010 disponible sur <http://www.monde-diplomatique.fr/2010/01/HALIMI/18699>
21. Johnson Simon, 2010, « Des mesures pour la santé publique américaine », Brèves santé, 25 août 2010, disponible sur <http://brevesante.com/321/sante/des-mesures-pour-la-sante-publique-americaine>
22. Karel Florence, 2009, « Le financement public des dépenses de santé prime dans les pays de l'OCDE, sauf aux USA et Mexique », News-assurances, 9 décembre 2009, disponible sur <http://www.news-assurances.com/le-financement-public-des-depenses-de-sante-prime-dans-les-pays-de-locde-sauf-aux-usa-et-mexique/016721978>
23. Karel Florence, 2010, « Assurance santé : des français qui aiment leur système de soins », News-assurances, 21 septembre 2010, disponible sur <http://www.news-assurances.com/assurance-sante-des-francais-qui-aiment-leur-systeme-de-soins/016746996>

24. L'Expansion, 2009, « La France au deuxième rang mondial des dépenses de santé », 9 septembre 2009, disponible sur http://lexpansion.lexpress.fr/economie/la-france-au-2eme-rang-mondial-des-depenses-de-sante_199311.html
25. Le monde diplomatique, 2009, « Enfin, la réforme du système de santé américain ? », Le Monde diplomatique, 14 mai 2009, disponible sur <http://www.monde-diplomatique.fr/carnet/2009-05-14-Sante-US>
26. Lepri Charlotte et Millender Erin, 2009, « 3 clés pour mieux comprendre la réforme de l'assurance santé aux Etats-Unis », Affaires stratégiques, 5 octobre 2009, disponible sur <http://www.affaires-strategiques.info/spip.php?article2045>
27. Lucas Jean-Marc, 2007, « Système de santé américain : pronostic vital réservé (sans intervention) », disponible sur [http://economic-research.bnpparibas.com/applis/www/recheco.nsf/ConjonctureByDateFR/FF8E3657B5D340CFC12572610045C34A/\\$File/C0701_F1.pdf?OpenElement](http://economic-research.bnpparibas.com/applis/www/recheco.nsf/ConjonctureByDateFR/FF8E3657B5D340CFC12572610045C34A/$File/C0701_F1.pdf?OpenElement)
28. Lucas Jean-Marc, 2010, « Etats-Unis : la réforme du système de santé », Globalix, 30 mars 2010, disponible sur <http://www.globalix.fr/content/etats-unis-la-reforme-du-systeme-de-sante>
29. Madore Odette, 1992, « Les systèmes de soins de santé canadien et américain », juin 1992, disponible sur <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/BP/bp300-f.htm>
30. Martin Daniel, 2007, « Assurance maladie et pensions aux états-unis et en France », 26 juin 2007, disponible sur <http://www.danielmartin.eu/Economie/SS-USA-France.htm>
31. ApRoberts Lucy, 2009, « La couverture maladie aux états-unis : un système fragmenté », Les notes de l'Institut Européen du Salarial n°2, mars 2009
32. Mouillard Sylvain, 2009, « Dérapages en série sur la réforme du système de santé américain », Libération, 17 août 2009, disponible sur <http://www.liberation.fr/monde/0101585729-derapages-en-serie-sur-la-reforme-du-systeme-de-sante-americain>
33. Mailhes Laetitia, 2009, « Dans le maquis du système de santé américain », disponible sur <http://www.lesechos.fr/economie-politique/monde/dossier/300382179.htm>
34. Eco-Santé OCDE, 2006, « L'augmentation des dépenses de santé pèse sur les finances publiques », disponible sur http://www.oecd.org/document/50/0,3746,fr_2649_201185_36991730_1_1_1_1,00.html
35. OECD, 2009, « Panorama de la santé 2009 : les indicateurs de l'OCDE », disponible sur <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/fulltext/8109112e.pdf?expires=1295534955&id=0000&accname=guest&checksum=B9414DBD025A1FC133C498905DA509B2>

36. OECD, 2010, « Améliorer le rapport coût-efficacité des systèmes de santé », disponible sur <http://www.oecd.org/dataoecd/44/26/46528634.pdf>
37. OECD, 2010, « Health data », disponible sur <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=HEALTH>
38. Office of management and budget, 2010, « President Obama's Fiscal 2010 budget », disponible sur http://www.whitehouse.gov/omb/fy2010_key_healthcare/
39. Pear Robert et M.Herszenhorn David, 2010, « Obama hails vote on health care as answering « the call of history » », The New York Times, 21 mars 2010, disponible sur http://www.nytimes.com/2010/03/22/health/policy/22health.html?_r=1&hp
40. Pearson Mark, « Les dépenses de santé aux Etats-Unis », L'observateur de l'OCDE n°276-277, décembre 2009-janvier 2010, disponible sur http://www.observateurocde.org/news/fullstory.php/aid/2611/Les_d_E9penses_de_sant_E9_aux_C9tats-Unis.html
41. Peterson Chris and Burton Rachel, 2007, “U.S. Health Care Spending: Comparison with Other OECD Countries”, CRS Report for Congress, 17 septembre 2007
42. Ragain Michael, 7 mars 2008, “Obama's Health Care Plan”, American Thinker du 20 mai 2011, disponible sur http://www.americanthinker.com/2008/03/obamas_health_care_plan.html
43. Riffart Christine et Touzé Vincent, 2010, « La réforme du système d'assurance santé américain », Lettre de l'OFCE, 21 juin 2010
44. Riol Michel, 2010, « Ce que la réforme de la santé va changer pour les Américains », L'Expansion, 22 mars 2010, disponible sur http://lexpansion.lexpress.fr/economie/ce-que-la-reforme-de-la-sante-va-changer-pour-les-americains_228955.html
45. Samson Valérie, 2010, « Santé : le Massachusetts montre la voie », Le Figaro, 13 décembre 2010, disponible sur <http://blog.lefigaro.fr/transamerica/2010/12/cambridge-massachusetts-la-difficulte-avec.html>
46. Saint-Geours Véronique, 2011, « Anéantir La Réforme Obama n'est pas si simple... », LE Figaro, 17 janvier 2011, disponible sur <http://blog.lefigaro.fr/obamazoom/2011/01/aneantir-la-reforme-obama-nest-pas-si-simple.html>
47. Tabuteau Didier et Rodwin Victor, 2010, « A la santé de l'oncle Sam : regards croisés sur les systèmes de santé américain et français », édition Jacob-Duvernoy
48. Young Jim, 2010, « Réforme du système de santé américain : la victoire d'Obama », Slate, 22 mars 2010

Annexe

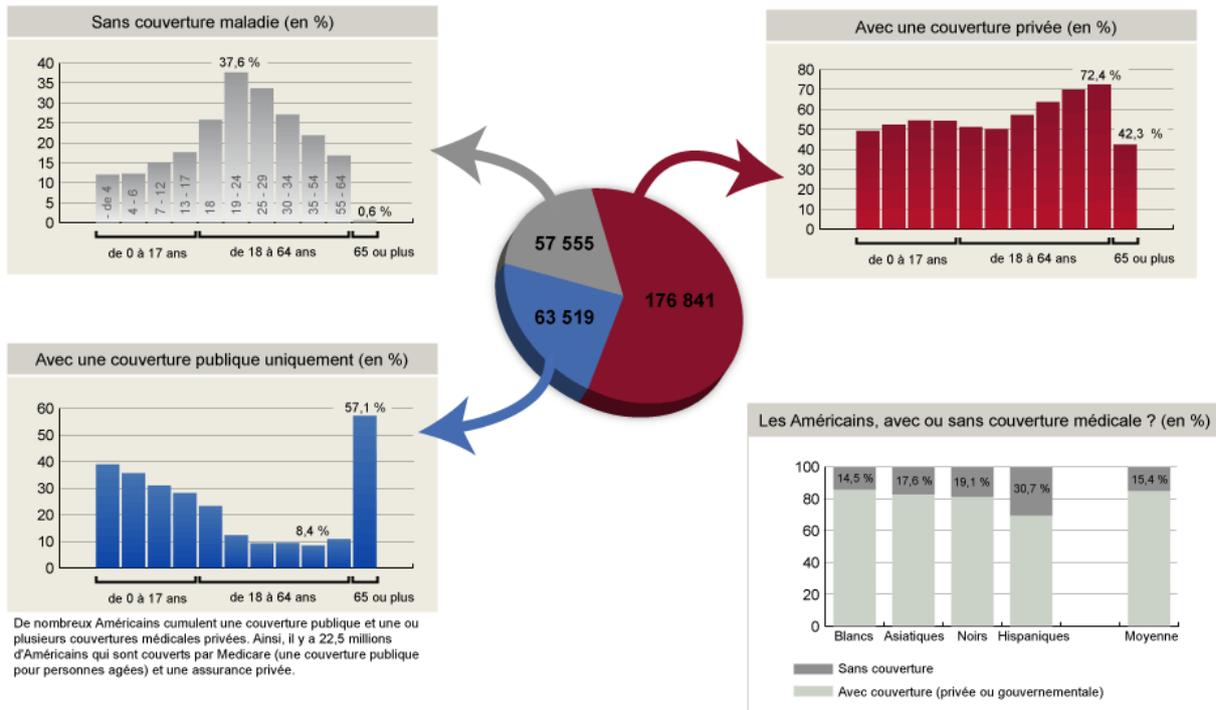
Annexe 1 : Les différences de coût selon le public et le privé



Sources : DHOS, DREES

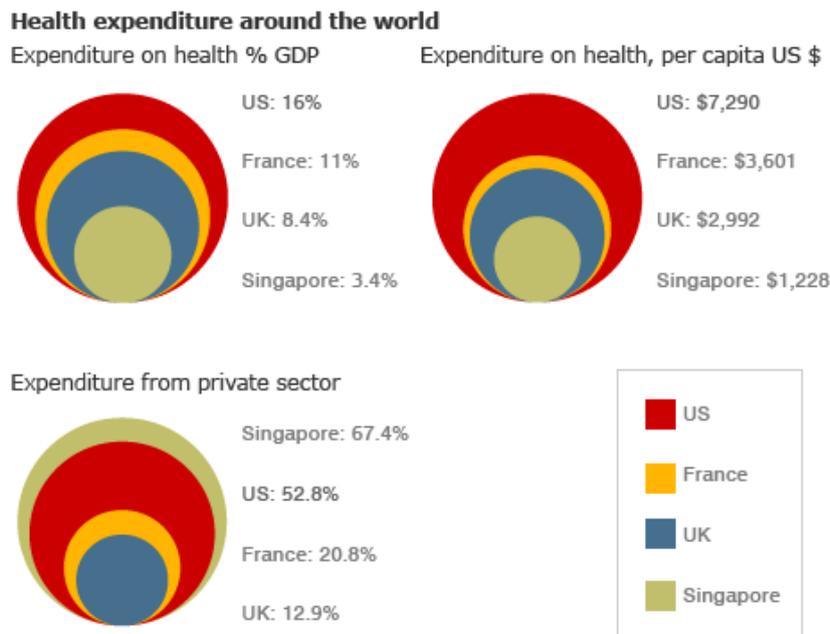
Annexe 2 : La couverture médicale aux Etats-Unis

La couverture médicale aux Etats-Unis
(1er semestre 2008), en milliers



Sources : US Census Bureau, Ministère américain de la santé

Annexe 3 : Les dépenses de santé à travers le monde



SOURCE: OECD, WHO

Sources : OECD, WHO

Annexe 4 : La comparaison des services médicaux

Healthcare comparisons

Life expectancy at birth

France

81 years

Singapore

79.7 years

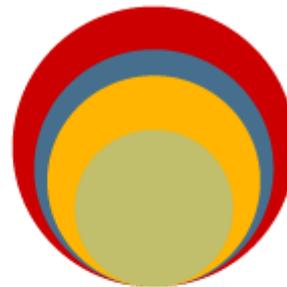
UK

79.1 years

US

78.1 years

Infant mortality per 1,000 live births



US: 6.7

UK: 4.8

France: 3.8

Singapore: 2.1

US – people without health insurance



45.7 million (15.3% of population)

10.4%

Of Non-Hispanic whites

19.5%

Of Blacks

32.1%

Of Hispanics

16.8%

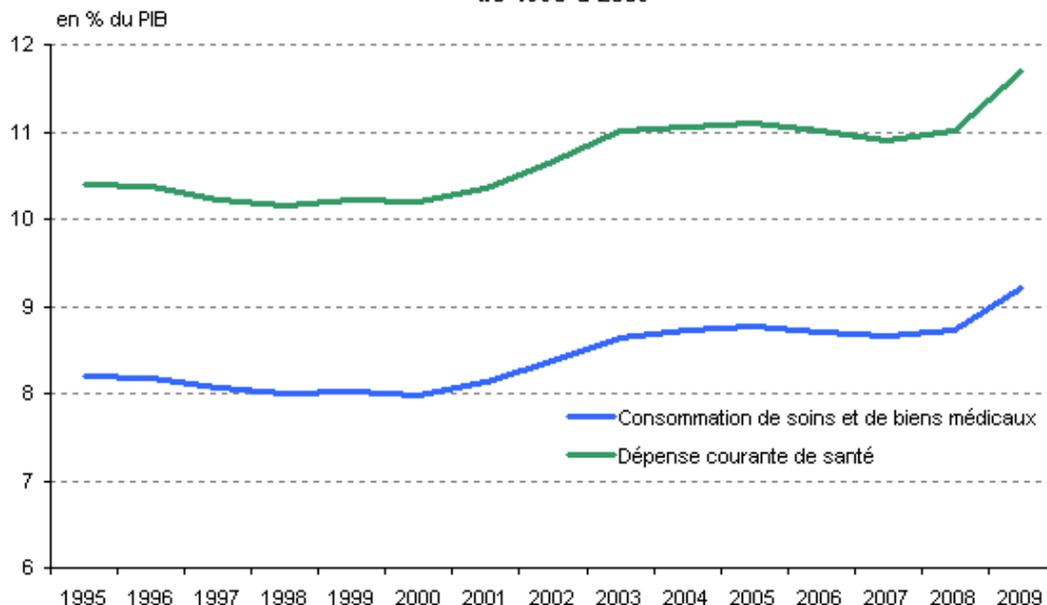
Of Asians

SOURCE: OECD, WHO

Sources : OECD, WHO

Annexe 5 : La consommation et dépense médicale entre 1995-2009

Poids de la consommation médicale et de la dépense courante de santé de 1995 à 2009

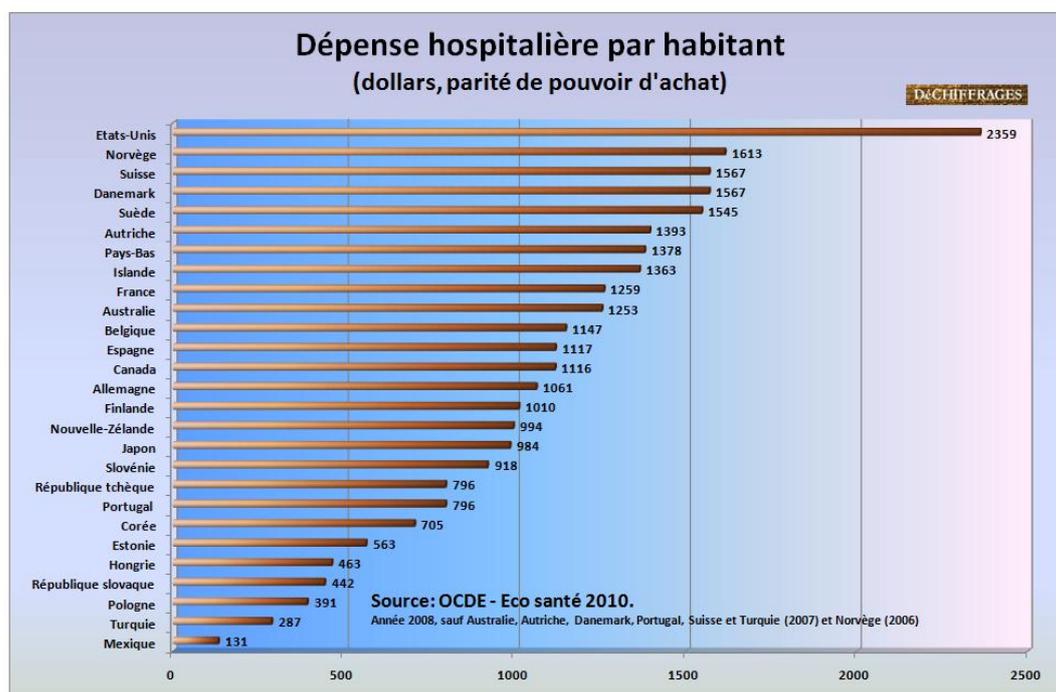


Champ : France.

Sources : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (Drees) ; Insee.

Sources : DREES, INSEE

Annexe 6 : Les dépenses hospitalières par habitant



Source : OCDE

Annexe 7 : Dépense publique de santé (en dollars)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Australie	66.9	66.1	66.7	66.9	66.6	67.5	..	..
Autriche	75.8	75.5	75.7	76.1	76.0	76.4	76.9	..
Belgique	..	74.1	74.8	75.4	75.9	73.5	72.6	..
Canada	69.6	70.2	70.3	70.3	69.9	70.3	70.2	70.2
Chili	54.5	56.0	55.9	56.6	57.8	58.7	59.4	..
République tchèque	90.5	89.8	89.2	87.3	86.7	85.2	82.5	..
Danemark	82.9	83.9	83.8	83.7	84.1	84.5	..	..
Finlande	72.3	72.5	73.0	73.5	74.6	74.5	74.2	..
France	79.7	79.4	79.3	79.3	78.4	78.3	77.8	..
Allemagne	79.3	78.8	76.9	76.8	76.7	76.7	76.8	..
Grèce	58.0	59.8	59.1	60.1	62.0	60.3	..	..
Hongrie	70.2	72.8	72.4	72.3	72.6	70.4	71.0	..
Islande	81.9	81.7	81.2	81.4	82.0	82.5	83.2	..
Irlande	76.4	76.4	77.0	76.6	76.3	76.8	76.9	..
Israël	62.9	62.2	60.5	58.7	58.4	56.0	57.0	..
Italie	74.5	74.5	76.0	76.2	76.6	76.4	77.2	77.3
Japon	81.5	81.5	81.7	82.7	81.3	81.9	..	..
Corée	51.3	50.4	51.1	52.1	54.7	55.2	55.3	..

Luxembourg	90.3	89.8	90.1	90.2	90.9	..	..	..
Mexique	43.9	44.2	45.2	45.0	45.2	45.4	46.9	47.5
Pays-Bas	62.5	..	..	..	..	..	..	..
Nouvelle-Zélande	77.9	78.3	76.9	77.1	77.5	79.8	80.4	..
Norvège	83.5	83.7	83.6	83.5	83.8	84.1	84.2	..
Pologne	71.2	69.9	68.6	69.3	69.9	70.8	72.2	..
Portugal	72.2	73.3	72.0	71.8	71.5	..	..	..
République slovaque	89.1	88.3	73.8	74.4	68.3	66.8	69.0	..
Slovénie	73.4	71.9	72.9	71.9	72.4	72.0	72.3	..
Espagne	71.3	70.5	70.6	70.6	71.3	71.8	72.5	..
Suède	82.1	82.5	81.8	81.6	81.6	81.7	81.9	..
Suisse	57.7	58.3	58.4	59.5	59.1	59.1	59.1	59.6
Turquie	70.7	71.9	71.2	67.8	68.3	67.8	..	..
Royaume-Uni	79.9	80.1	81.4	81.9	81.9	82.0	82.6	..
Etats-Unis	44.1	43.9	44.3	44.4	45.3	45.5	46.5	..

Source : Eco-Santé OCDE 2010

Annexe 8 : Dépense totale de santé par tête (en dollars)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Australie	2 559	2 665	2 870	2 980	3 168	3 353	..	..
Autriche	3 057	3 198	3 390	3 472	3 629	3 792	3 970	..
Belgique	2 793	2 911	3 120	3 154	3 174	3 452	3 677	..
Canada	2 875	3 063	3 214	3 456	3 690	3 867	4 079	4 406
Chili	670.0	682.0	709.0	746.0	772.0	865.0	999.0	..
République tchèque	1 195	1 338	1 387	1 475	1 520	1 621	1 781	..
Danemark	2 695	2 831	3 053	3 152	3 381	3 540	..	..
Finlande	2 144	2 252	2 458	2 590	2 710	2 900	3 008	..
France	2 931	2 992	3 121	3 306	3 425	3 593	3 696	..
Allemagne	2 934	3 083	3 161	3 353	3 471	3 619	3 737	..
Grèce	1 965	2 027	2 091	2 352	2 547	2 687	..	..
Hongrie	1 114	1 283	1 304	1 411	1 450	1 395	1 437	..
Islande	3 156	3 194	3 334	3 304	3 193	3 320	3 359	3 378
Irlande	2 348	2 561	2 788	2 924	3 094	3 361	3 793	..
Israël	1 939	1 811	1 898	1 893	1 979	2 152	2 244	..
Italie	2 235	2 265	2 372	2 516	2 662	2 701	2 870	2 886
Japon	2 137	2 224	2 336	2 474	2 580	2 729	..	..
Corée	1 012	1 086	1 166	1 305	1 501	1 685	1 801	..
Luxembourg	3 081	3 578	4 078	4 021	4 210	..	..	..
Mexique	584	629	689	731	761	824	852	877
Pays-Bas	2 833	3 097	3 309	3 450	3 613	3 844	4 063	..
Nouvelle-Zélande	1 841	1 847	2 043	2 202	2 418	2 471	2 683	..
Norvège	3 628	3 834	4 077	4 301	4 501	4 791	5 003	..
Pologne	733	748	807	857	912	1 049	1 213	..
Portugal	1 659	1 823	1 912	2 100	2 151	..	..	..

République slovaque	730	791	1 057	1 139	1 318	1 569	1 738	..
Slovénie	1 706	1 768	1 862	1 978	2 047	2 077	2 329	..
Espagne	1 745	2 017	2 126	2 268	2 477	2 658	2 902	..
Suède	2 697	2 828	2 948	2 958	3 113	3 349	3 470	..
Suisse	3 673	3 777	3 936	4 015	4 150	4 469	4 627	4 810
Turquie	442	447	520	591	696	767	..	..
Royaume-Uni	2 192	2 324	2 548	2 701	2 884	2 990	3 129	..
Etats-Unis	5 453	5 852	6 196	6 563	6 931	7 285	7 538	..

Source : Eco-Santé OCDE 2010

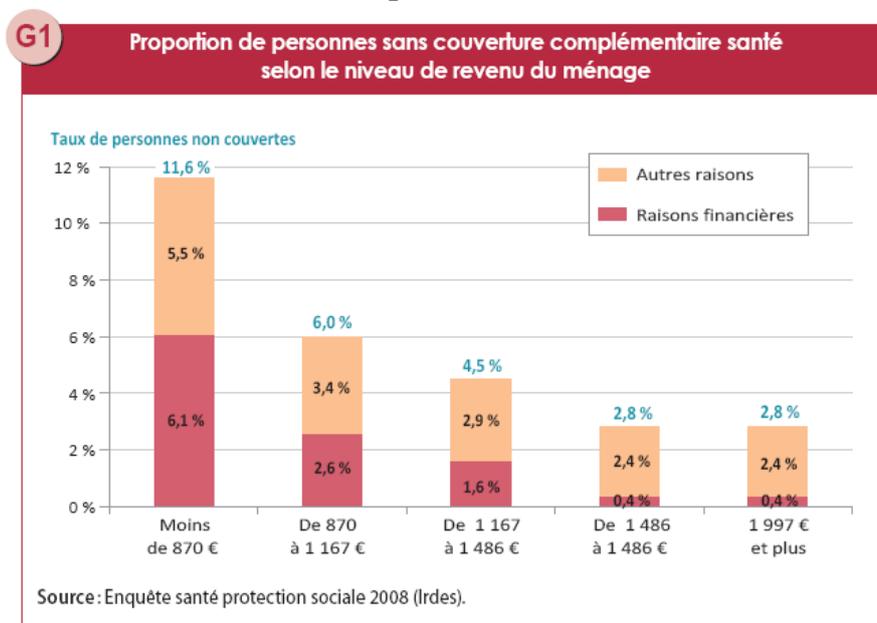
Annexe 9 : Dépense totale de santé en % du PIB

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Australie	8.4	8.3	8.5	8.4	8.5	8.5	..	..
Autriche	10.1	10.3	10.4	10.4	10.3	10.3	10.5	..
Belgique	9.3	9.6	10.0	9.8	9.5	10.0	10.2	..
Canada	9.6	9.8	9.8	9.9	10.0	10.1	10.4	0.0
Chili	6.7	6.5	6.3	6.1	5.9	6.2	6.9	..
République tchèque	7.1	7.4	7.2	7.2	7.0	6.8	7.1	..
Danemark	8.8	9.3	9.5	9.5	9.6	9.7	..	..
Finlande	7.8	8.2	8.2	8.4	8.4	8.2	8.4	..
France	10.5	10.9	11.0	11.1	11.1	11.0	11.2	..
Allemagne	10.6	10.8	10.6	10.7	10.5	10.4	10.5	..
Grèce	9.1	8.9	8.7	9.5	9.7	9.7	..	..
Hongrie	7.5	8.3	8.0	8.3	8.1	7.4	7.3	..
Islande	10.2	10.4	9.9	9.4	9.1	9.1	9.1	9.6
Irlande	7.1	7.4	7.6	7.5	7.5	7.5	8.7	..
Israël	7.9	7.8	7.8	7.8	7.6	7.8	7.8	..
Italie	8.3	8.3	8.7	8.9	9.0	8.7	9.1	9.5
Japon	8.0	8.1	8.0	8.2	8.1	8.1	..	..
Corée	5.1	5.4	5.4	5.7	6.1	6.3	6.5	..
Luxembourg	6.8	7.5	8.1	7.7	7.2	..	..	..
Mexique	5.6	5.8	6.0	5.9	5.7	5.8	5.9	0.0
Pays-Bas	8.9	9.8	10.0	9.8	9.7	9.7	9.9	..
Nouvelle-Zélande	8.2	8.0	8.4	8.9	9.3	9.1	9.8	..
Norvège	9.8	10.0	9.7	9.1	8.6	8.9	8.5	..
Pologne	6.3	6.2	6.2	6.2	6.2	6.4	7.0	..
Portugal	9.0	9.7	10.0	10.2	9.9	..	..	..
République slovaque	5.6	5.8	7.2	7.0	7.3	7.7	7.8	..
Slovénie	8.6	8.6	8.4	8.4	8.2	7.8	8.3	..
Espagne	7.3	8.2	8.2	8.3	8.4	8.4	9.0	..
Suède	9.3	9.4	9.2	9.2	9.1	9.1	9.4	..
Suisse	10.9	11.3	11.3	11.2	10.8	10.6	10.7	0.0
Turquie	5.4	5.3	5.4	5.4	5.8	6.0	..	..

Royaume-Uni	7.6	7.8	8.0	8.3	8.5	8.4	8.7	..
Etats-Unis	14.8	15.3	15.4	15.4	15.5	15.7	16.0	..

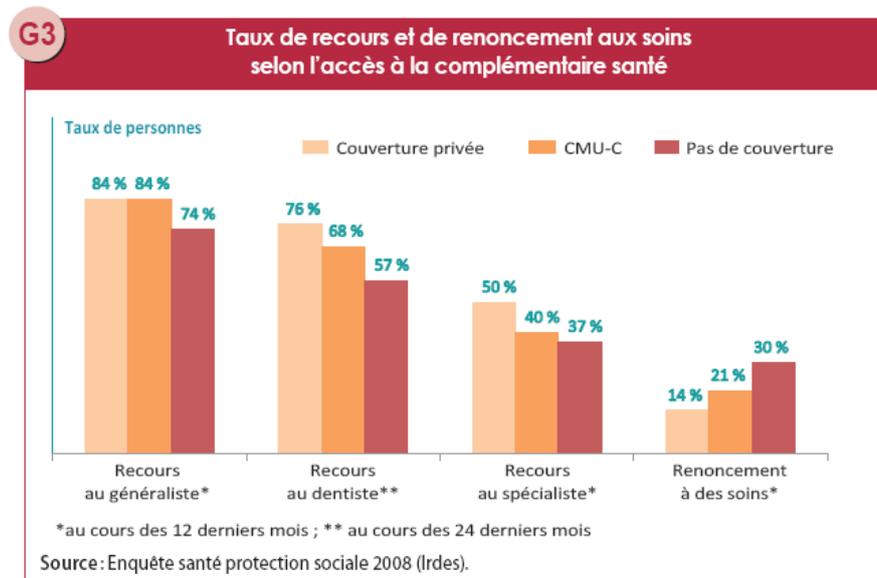
Source : Eco-Santé OCDE 2010

Annexe 10 : Pourcentage de personnes n'ayant pas de complémentaire santé en tenant compte du revenu



Source : IRDES

Annexe 11 : Proportion de personnes ayant recours ou non aux soins selon l'accès à la complémentaire santé



Source : IRDES