

# SYSTÈME DE SANTÉ AMÉRICAIN

07/10/2022

Sarah Skinner

# LE SYSTÈME DE SANTÉ AMÉRICAIN

1. Introduction
2. L'histoire brève du système de santé américain
3. L'organisation du système de santé américain

# INTRODUCTION



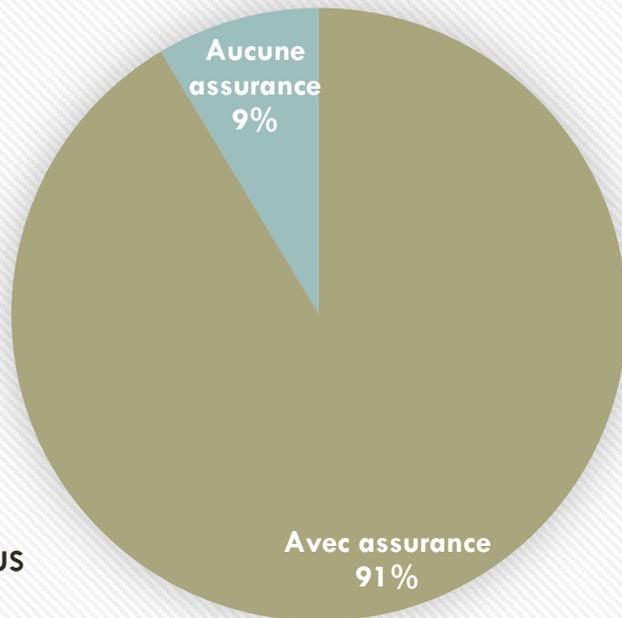
# LES ÉTATS-UNIS EN QUELQUES CHIFFRES

	Etats-Unis	France
Population	331,9 millions	67,7 millions
Taux de mortalité	10,3%	9.7%
Espérance de vie à la naissance (années)	74,2	79,3
PIB par habitant 2021 (dollars US)	69 558	50 554
La dépense nationale de santé (dollars US/habitant)	12 318	5 468

# UN SYSTÈME DE SANTÉ UNIVERSEL?

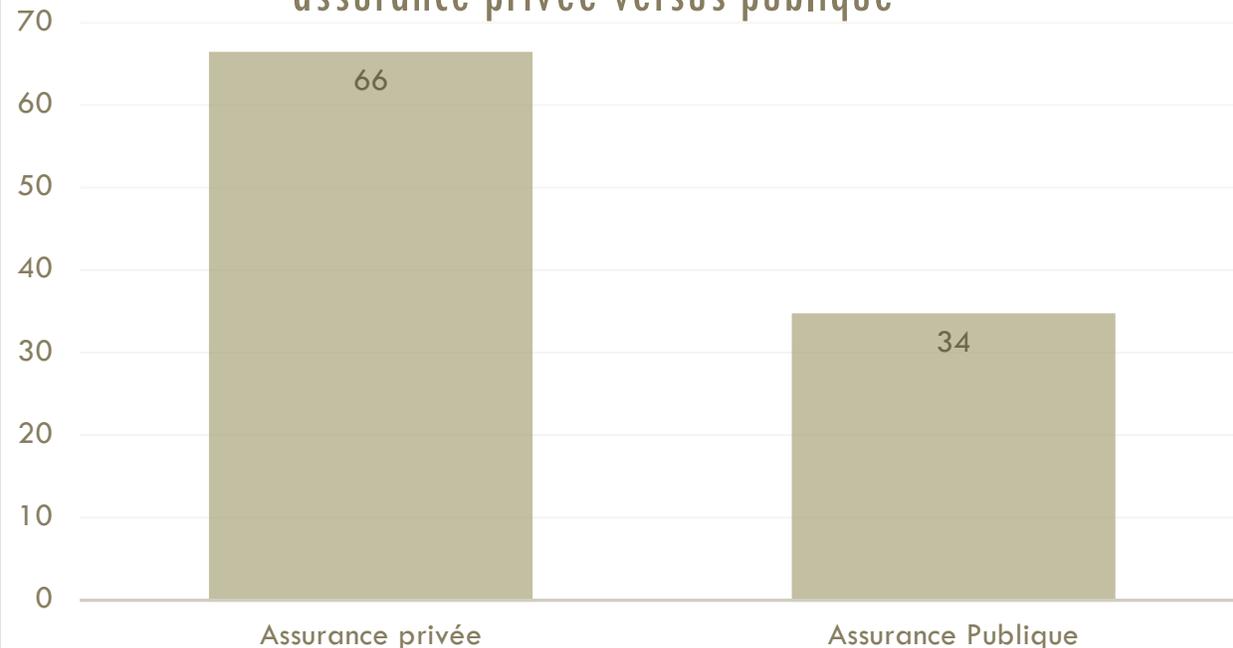
- Les Etats-Unis restent la seule nation industrialisée à ne pas posséder de système de santé universel

Pourcentage d'habitants des Etats-Unis avec et sans assurance



Recensement  
2020 (US Census  
Bureau)

Pourcentage d'habitants des Etats-Unis avec une assurance privée versus publique



# LE COÛT DE LA SANTE AUX ÉTATS-UNIS

- Les dépenses de santé sont la première cause de faillite individuelle aux États-Unis
- Cause principale: Les assurances qui ne couvrent pas de frais de soins à 100%

Témoignage:

<https://www.youtube.com/watch?v=MtWlvbxi-iE>



# UNE BRÈVE HISTOIRE DU SYSTÈME DE SANTÉ AMÉRICAIN

1929-2000

1929

1929-1939

1939-1944

1944-1955

1965

1965-2000

# LA NAISSANCE DE L'ASSURANCE PRIVÉE : 1929

- La révolution des soins médicaux → La qualité des soins s'est améliorée, mais le coût des soins a augmenté aussi.
- Blue Cross, une assurance privée à but non-lucratif, est née

La première assurance privée aux Etats-Unis est vendue directement aux employeurs

# LA GRANDE DÉPRESSION : 1929-1939

- De 1929 à 1932 le taux de chômage est passé de 3,1% à 24%
- Franklin D. Roosevelt est élu président en 1933
  - Il propose le « **New Deal** »: des programmes pour combattre le faim, la pauvreté et le chômage, dont un qui incorpore **une assurance médicale générale**
- Les médecins ne sont pas d'accord avec l'idée d'une assurance maladie
  - L'AMA (Association Médicale Américaine) a dénoncé le programme

Président Roosevelt est obligé d'abandonner son programme d'assurance maladie afin d'assurer le passage du « **New Deal** »

# LA DEUXIÈME GUERRE MONDIALE: 1939-1944

- Pénurie de main-d'œuvre → Les usines commencent à augmenter des salaires pour attirer des travailleurs
- Le gouvernement limite les salaires afin d'éviter l'inflation
- Les employeurs proposent d'autres avantages, comme l'assurance maladie

**Un système d'assurance maladie privée est mise en place, sans planification !**

# L'APRÈS-GUERRE 1944-1953

- Une période clé pour le développement des systèmes de santé en Europe
  - Une période difficile en Europe → les pays partout en Europe adoptent des systèmes universels
- Deux modèles principaux:
  - **Le modèle « bismarckien »** conçu en Allemagne à la fin du XIXème siècle par le chancelier Otto von Bismarck
  - **Le modèle « beveridgien »** conçu en Angleterre par l'économiste et homme politique William Beveridge à la fin de la deuxième guerre mondiale

# L'APRÈS-GUERRE 1944-1953

- Aux Etats-Unis Président Truman propose un système de santé universel, mais...
  1. L'économie des Etats-Unis est très forte
  2. Les syndicats préféraient garder les assurances privées
  3. Les « Dixiecrates » (les démocrates du sud) étaient contre parce que les Afro-Américains étaient le groupe qui bénéficierait le plus du programme
  4. L'AMA (Association Médicale Américaine) est toujours contre
  5. Le « Red Scare » (sentiment anti-communiste/ anti-russe) domine les médias

**Le projet échoue face à une coalition conservatrice au congrès**

# MEDICARE ET MEDICAID: 1965

- Lyndon Johnson, un autre Président démocrate a réussi à instaurer une réforme du système de sante : Les « social security amendments of 1965 »
  - **Medicare** - pour les personnes de plus de 65 ans ou répondants aux certains critères
  - **Medicaid** - pour les personnes et familles de faibles ressources
- Les programmes sont financés par le gouvernement fédéral et les états

**Medicare et Medicaid représentent une étape importante dans l'élargissement du système de santé publique**

# LES ANNÉES 70, 80, 90

- Les décennies qui suivent sont caractérisées par:
  1. Une polarisation partisane croissante, rendant des grands réformes du système de santé impossible
  2. Une aggravation des inégalités de santé
  3. Les coûts des soins qui augmentent

# UNE BRÈVE HISTOIRE DU SYSTÈME DE SANTÉ AMÉRICAIN

2000-2022

# CHANGE ON THE HORIZON: ANNÉES 2000

## 1. Le prix des soins en hausse

- a. Le gouvernement n'a pas de pouvoir direct pour contrôler les prix ou les coûts
- b. Il existe des lobbies puissants
- c. Les énormes sommes dépensées sur la gestion des paiements

## 2. Les inégalités de santé

- La plupart des américains ont accès à une assurance via leur travail, mais l'assurance reste un « benefit » (avantage)
- Ceux qui sont obligés d'acheter leurs assurances font face à d'autres problèmes...
  - Les assureurs demandent ceux qui ont des antécédents ou des maladies chroniques de payer plus cher

# BARAK OBAMA ET OBAMACARE : 2008-2016

- Obama est élu président en 2008
- "Affordable Care Act" (l'ACA) est promulgué en 2010 et appliqué depuis 2014
  - L'ACA, qui peut se traduire par « Loi sur les soins abordables », est surnommé « Obamacare »



# QU'EST-CE QU'ELLE CHANGE, L'ACA?

L'ACA ne crée pas de régime public universel ou encore un assurance publique, mais elle...

1. oblige tous les citoyens à souscrire une assurance santé auprès d'un assureur privé
2. crée un « marché d'assurance » créé par l'état sur le site Healthcare.gov qui classe les assureurs privés par la qualité de couverture
3. crée aides financières publiques pour faciliter la souscription à une assurance privée (pour les personnes qui en relèvent)
4. interdit la discrimination contre des personnes avec des antécédents médicaux ou une maladie chronique par des assureurs
5. oblige les entreprises de plus de 50 salariés qui ne financent pas l'assurance de leurs employés à payer des pénalités
6. Finance une "expansion de medicaid", si les états décident de participer
  - 31/50 états qui participent. L'expansion de medicaid finance des dépistages gratuitement, par exemple

# QUELS SONT LES EFFETS DE L'ACA ?

1. la proportion d'américains vivant sans assurance chute de 16% à 8,9% de 2010 à 2016
2. L'obligation d'acheter une assurance est extrêmement controversée



# ELECTION ET MANDAT DE DONALD TRUMP

- Pendant sa campagne électorale Trump a dit qu'il supprimerait et remplacerait Obamacare → il est élu en 2016
- Trump ne supprime pas l'ACA, mais en 2019 il **supprime l'obligation d'acheter une assurance**

2000-2008

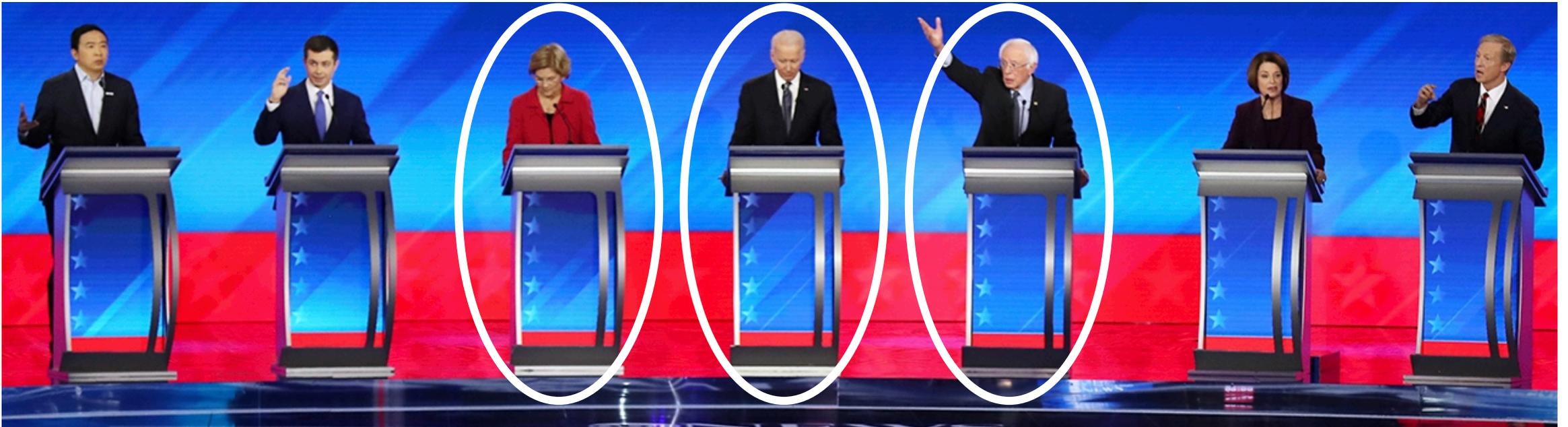
2008-2016

2016-2020

2020-

# ELECTION 2020 À AUJOURD'HUI

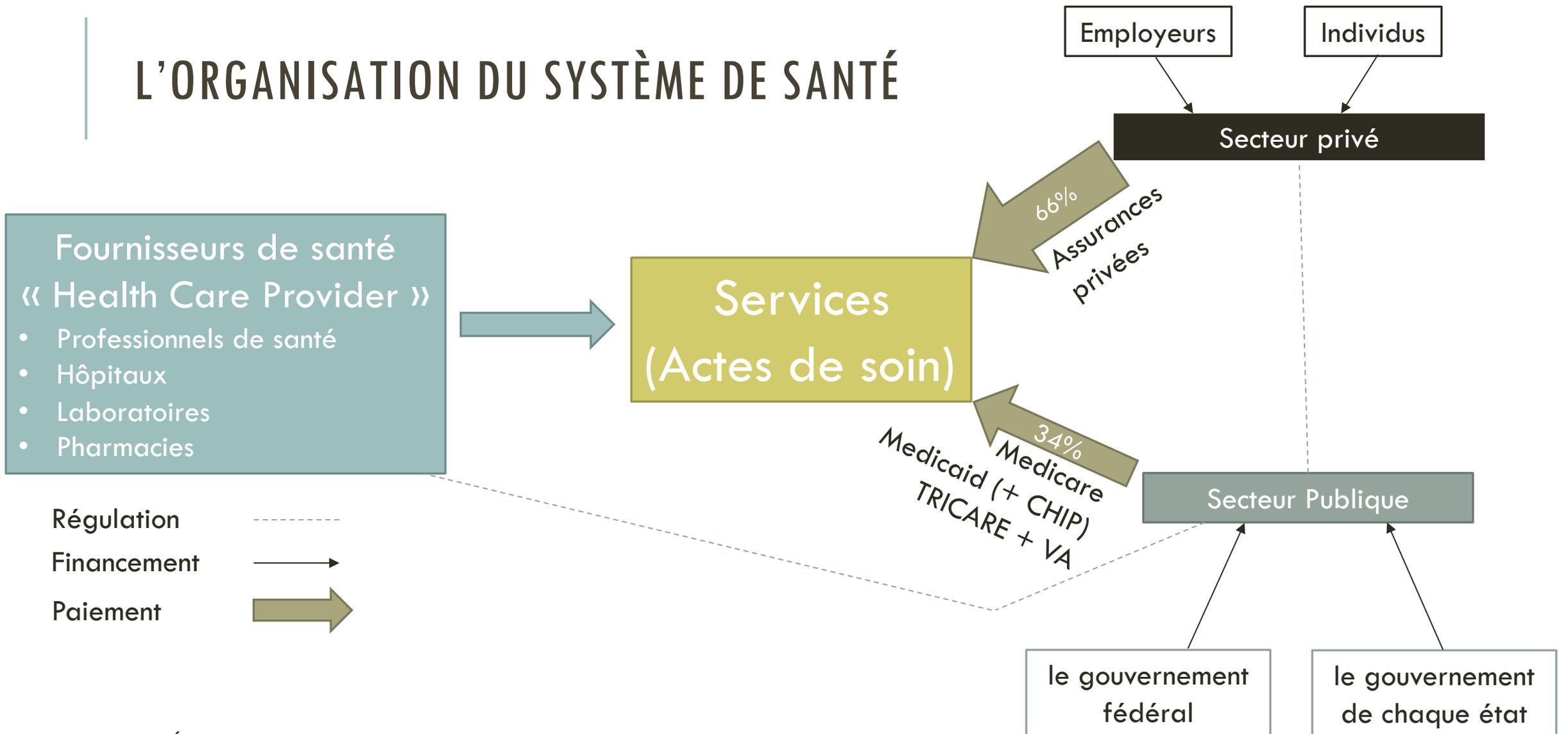
- Deux candidats aux primaires des démocrates (Elizabeth Warren et Bernie Sanders) proposent des réformes pour un système universel de santé.
- Biden ne propose pas de réforme majeure, il souhaite renforcer et protéger Obama care



# L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ AMÉRICAIN



# L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ



*Le système de santé aux Etats-Unis est centré sur le concept de « service » : des entités des secteurs public ou privé « achètent » des services de santé à des « fournisseurs », ceux-ci étant soumis à des réglementations imposées par le gouvernement fédéral mais également spécifiques de chaque Etat*

# LE RÔLE DU GOUVERNEMENT

## GOUVERNEMENT FEDERAL

- Créer les lois et les réglementations
- Réguler les produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux
- Gérer la **marché des assureurs** privées
- Financer des assurances des employées du gouvernement fédéral et les militaires, les vétérans et leurs familles (**Veteran's Health Administration, TRICARE**)
- Gérer et financer **Medicare**
- Co-financer et établir les règles de **Medicaid** et **CHIP**

## GOUVERNEMENT DE CHAQUE ETAT

- Co-financer et gérer les programmes de **Medicaid** et **CHIP** selon les réglementations du gouvernement fédéral
- Financer les assurances des employées du gouvernement de l'état
- Réguler les professionnels de santé

# LE FINANCEMENT DES ASSURANCES PUBLIQUES

- **Dépenses publiques** représentent 45% des dépenses totales de santé
  - **Medicare**
    - Financé par une combinaison des impôts fédéraux et des paiements des utilisateurs
  - **Medicaid**
    - Financé à 63% par les taxes fédérales et 37% par les taxes au niveau des états
  - **CHIP**
    - Le gouvernement finance le programme au même niveau que les états qui ont le programme (30/50)
  - **Veteran's Health Administration, TRICARE** (assurance pour les militaires, les vétérans et leurs familles)
    - Financées par les taxes fédérales générales

# LES ORGANISATIONS GOUVERNEMENTALES (LES AGENCES)

Le « **U.S. Department of Health and Human Services** » (**HHS**): gère la gestion des finances, la coordination, la réglementation ou la fourniture de services de santé, et regroupe des nombreuses organisations:

- **Center for Medicare & Medicaid Services (CMS)**
  - Administre les programmes Medicare et Medicaid
- **Le Center for Disease Control and Prevention (CDC)**
  - la principale agence de santé publique; assure le suivi, la prévention et le contrôle de la santé humaine
  - Détecte les menaces sanitaires nouvelles ou émergentes, et organise la réponse à ces menaces.
- **La Food and Drug Administration (FDA)**
  - Assure la sécurité et l'efficacité des médicaments, des produits biologiques, dispositifs médicaux et denrées alimentaires ainsi que des produits cosmétiques
- **Les National Institutes of Health (NIH)**
  - Financent la recherche en santé conduisent de nombreux programmes de recherche

# LE RÔLE DES ASSURANCES PRIVÉES

- **Dépenses des assurances privées** représentent **34%** des dépenses totales de santé
  - 67% des américains ont une assurance privée
    - 11% par des individus
      - Depuis la passage de l'ACA les individus peuvent choisir leur assurance via la marché créé par le gouvernement fédéral
    - 55% financé par l'employeur
      - La majorité des employeurs ne paient pas 100% des frais mensuels
      - Le plupart des plans couvrent les dépendants de l'employée

# LE RÔLE DES ASSURANCES PRIVÉES

**L'ACA exige que les plans d'assurance privées proposés aux employés couvrent 10 catégories « essentielles pour la santé »:**

1. visites chez le médecin généraliste
2. services d'urgence
3. hospitalisation
4. soins de maternité et de nouveau-né
5. services de santé mentale traitement des troubles liés à l'utilisation de substances
6. médicaments d'ordonnance
7. services et dispositifs de réadaptation
8. services de laboratoire
9. services de prévention et de bien-être et gestion des maladies chroniques
10. services pédiatriques

# FOURNISSEURS DE SANTE ET ACHAT DES SERVICES

**Soins primaires** : les spécialistes en médecine familiale, en médecine générale, en médecine interne, en pédiatrie et en gériatrie

- Représentent 1/3 de tous les médecins aux Etats-Unis
  - Environ 1/2 exercent dans des cabinets libéraux
- Rémunération:
  - Les honoraires sont négociés par les assurances privées ou fixés par l'administration (assurance publique)
  - La majorité des revenus des cabinets de soins primaires proviennent des paiements à l'acte.

# FOURNISSEURS DE SANTE ET ACHAT DES SERVICES

## Soins spécialisés ambulatoires :

- Les spécialistes peuvent travailler à la fois dans des cabinets privés et dans des hôpitaux.
  - La majorité des spécialistes sont dans des cabinets de groupe, le plus souvent dans des cabinets de groupe à spécialité unique.
- Rémunération:
  - Elles sont libres de choisir la forme d'assurance qu'ils acceptent

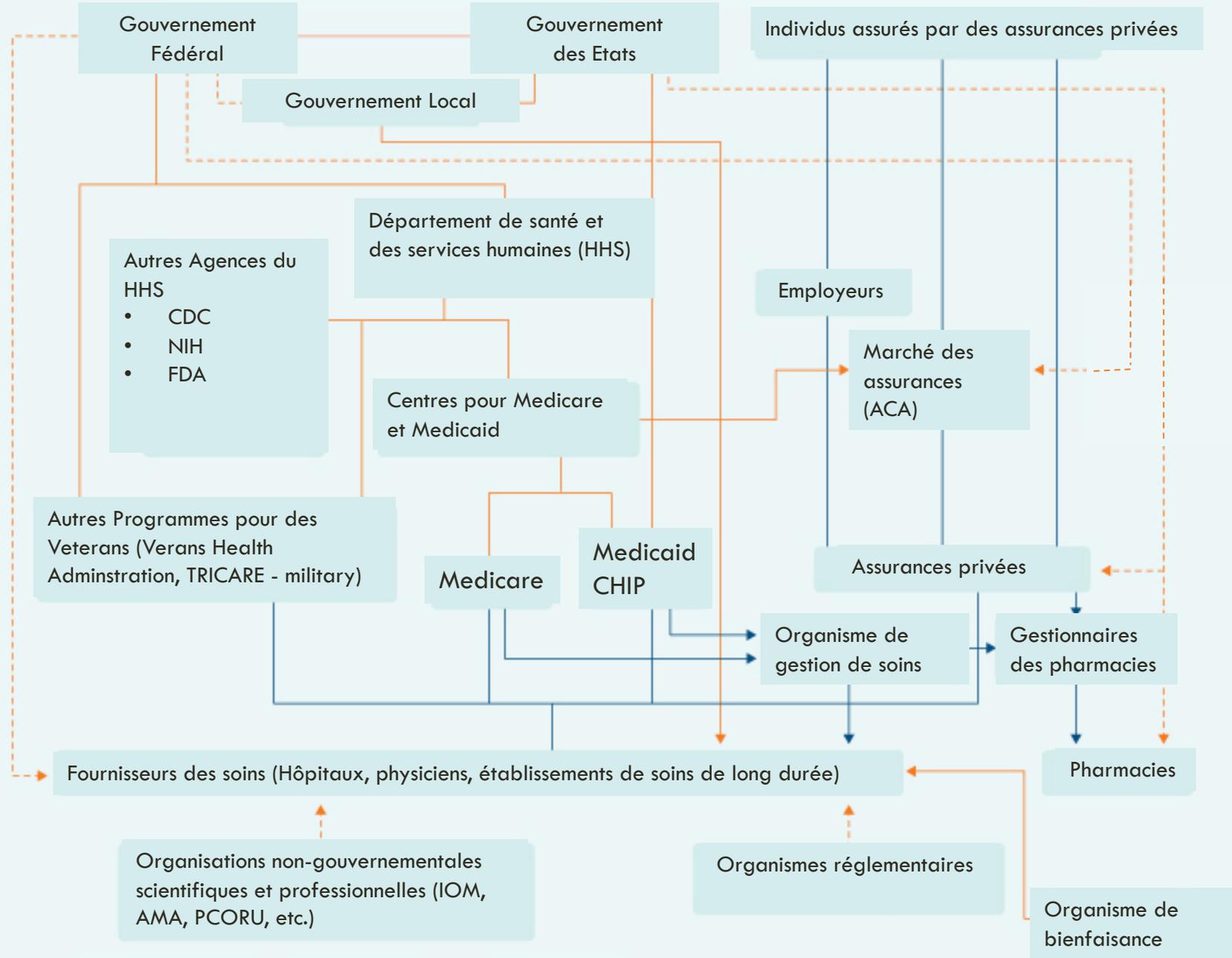
# FOURNISSEURS DE SANTE ET ACHAT DES SERVICES

## Hôpitaux :

- La répartition des 51 98 hôpitaux en 2018:
  - 57 % étaient à but non lucratif
  - 25 % étaient à but lucratif
  - 19 % étaient publics (appartenant à l'État ou au gouvernement local).
  - Il y avait 209 hôpitaux du gouvernement fédéral
- Rémunération:
  - Les hôpitaux sont libres de choisir l'assurance qu'ils acceptent → la plupart acceptent Medicare et Medicaid.
  - Les hôpitaux sont payés par une combinaison de méthodes.
    - Assurance privée: paie les hôpitaux par le biais de taux prospectifs de groupes liés au diagnostic (DRG), qui n'incluent pas les paiements des médecins.
    - Medicaid: paie les hôpitaux sur la base d'un DRG, d'une indemnité journalière ou d'un remboursement des coûts

# Financement Public

# Financement Privé



**MERCI**

