

Objectif

LE MAGAZINE DE LA VIE ÉCONOMIQUE
ET DE L'ENVIRONNEMENT DE LA RÉGION
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

> méditerranée

n°108 • 4,50€
déc-janvier 2010



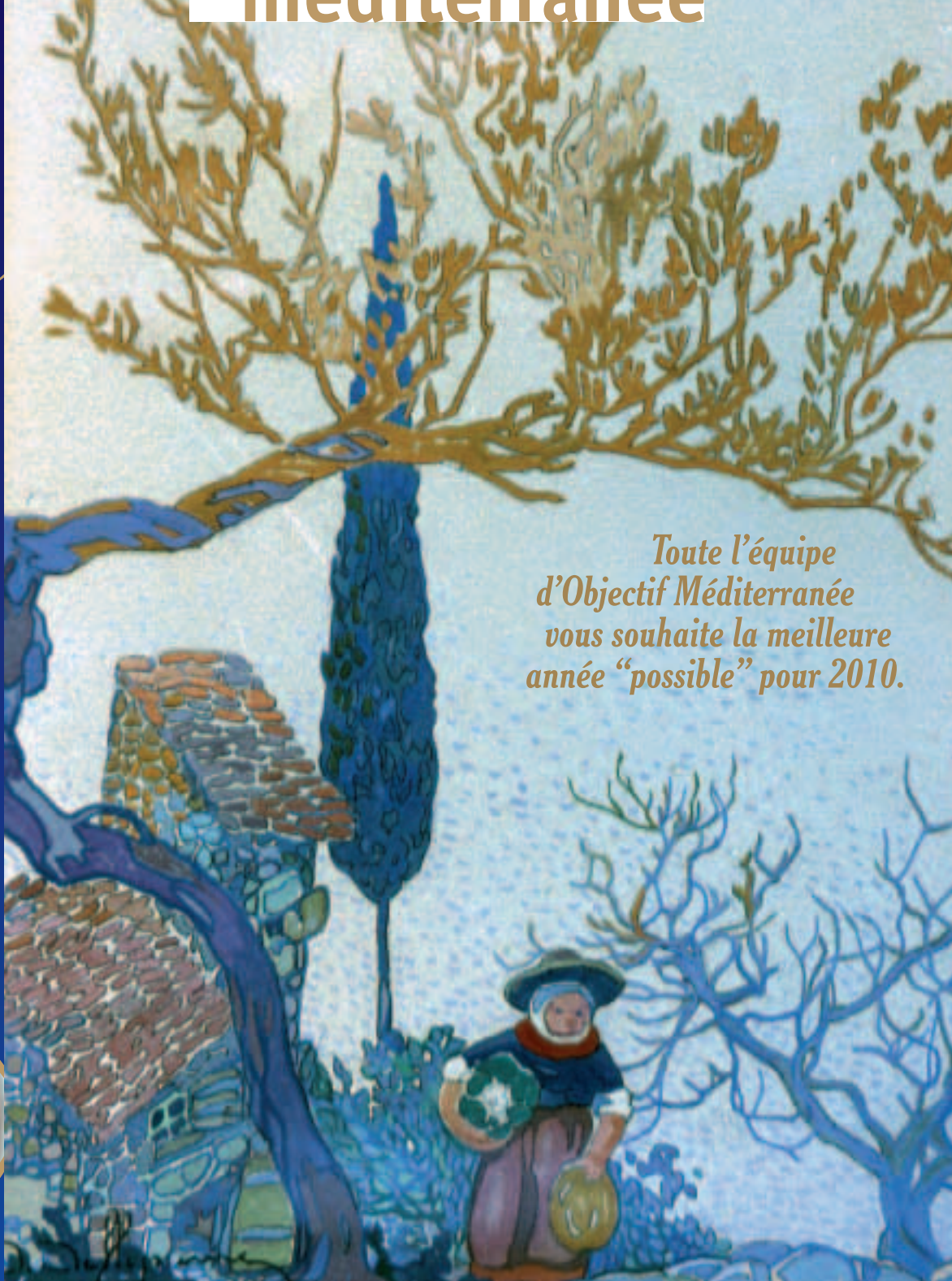
Le préfet
Sappin
sait mettre
"les pieds
dans le plat"

Renaud
Muselier :
le retour



LGV
PACA :
une facture
estimée entre
20 et 30 Md€

Sommet de
Copenhague :
entretien
avec le Pr
Graciela
Chichilnisky



*Toute l'équipe
d'Objectif Méditerranée
vous souhaite la meilleure
année "possible" pour 2010.*

Maladies professionnelles Un problème majeur **Régionales 2010** Vauzelle imbattable ? **Emploi des cadres** Un marché en panne **ArcelorMittal** L'avenir incertain **Sécurité électrique RTE** sur la brèche **Région/Cannes** Un partenariat de 38 M€ **Marseille** L'entente communautaire ? **Gardanne** Une obsession, la reconversion **Cybercriminalité** Les entreprises vulnérables

PROFESSEUR VICTOR G. RODWIN,
titulaire de la Chaire Fulbright-Tocqueville à l'Université
de Paris-Sud 11, expert américain en politiques de santé publique

« Tous les systèmes de santé coûtent de plus en plus cher »

Victor G. Rodwin, qui tiendra une conférence à Marseille le 22 janvier prochain⁽¹⁾, explique en quoi la réforme du système de santé est si difficile à mettre en œuvre aux États-Unis. Si le Président Obama a surmonté les premières difficultés, la course d'obstacles n'est pas pour autant terminée. Rodwin reconnaît l'excellence du système médical français tout en contestant la première place attribuée par l'OMS à notre pays.

Où en est le projet de réforme du système américain porté par l'administration Obama ?

Depuis le début du XX^e siècle, il y a eu, aux États-Unis, une campagne de centre-gauche pour instaurer un régime d'assurance-maladie universelle. D'abord, à la suite de la première guerre mondiale, puis sous le Président Franklin Roosevelt dans les années 1930, et de nouveau en 1948 sous le Président Truman. Tous ces efforts ont échoué. Le Président Roosevelt a réussi à mettre en place un régime de sécurité sociale assurant le financement des pensions des Américains qui ont travaillé pendant un minimum de temps. En 1965, le Président Johnson a conçu un régime d'assurance-maladie pour les plus grands risques, Medicare pour les personnes âgées, Medicaid pour les plus pauvres. Cependant, la grande majorité de la population restait plus ou moins bien couverte par les régimes privés d'assurance-maladie. En 1992, le Président Clinton a tenté de mettre en place un régime de couverture universelle. Un Haut comité sous la présidence de son épouse, Hilary Clinton, a produit un document remarquable de 1 300 pages proposant les grandes lignes d'une réforme. Pourtant, cet effort a échoué avant même que le congrès ne produise un projet de loi.

Obama a, lui, franchi cet obstacle.

Il a réussi à ce que des projets de loi soient rédigés, aussi bien à la chambre des représentants qu'au Sénat. La chambre a voté un projet de loi (HR3200) le 07 novembre. Actuellement, le Sénat est en plein débat. S'il était voté, ce projet nous rapprocherait-il de la situation française ? Oui et non ! Le projet américain ne garantit pas une couverture universelle. Cependant, selon les estimations du CBO (Congressional Budget Office), sur les 47 millions d'Américains non-assurés, le projet de la chambre des représentants permettrait d'assurer 35 millions de citoyens supplémentaires, 31 millions dans le cas du projet du Sénat. C'est un grand pas en avant et, depuis la création de Medicare et Medicaid, c'est incontestablement la réforme la plus importante de notre système de santé.

Quelles sont les prochaines étapes aux États-Unis avant qu'Obama parvienne à son but ?

En supposant que le Sénat vote favorablement son projet de loi actuellement en cours de dis-



cussion, ce qui est fort probable, les deux chambres devront se mettre d'accord, par une procédure appelée "réconciliation". Le texte final pourra alors être soumis à la signature du Président.

Pourquoi cette réforme est-elle si difficile à mettre en œuvre ?

C'est difficile parce que le projet vise à atteindre de multiples objectifs qui sont souvent irrécyclables ! Il ne s'agit pas seulement de réduire le nombre d'Américains sans assurance-maladie. Tous ces projets visent aussi à maîtriser le taux d'augmentation des dépenses de santé, d'améliorer la qualité des soins médicaux et d'augmenter les impôts. L'objectif de réduire le nombre d'Américains sans assurance nécessite un financement. L'objectif de maîtriser les coûts nécessite des économies sur une période de 10 ans sur le programme Medicare. L'objectif d'améliorer la qualité des soins nécessite une modernisation des systèmes d'information médicaux et administratifs, et des réorganisations de l'offre des soins. Enfin, la nécessité de financer une plus grande couverture requiert aussi des impôts. Pour changer de l'époque du Président Bush, on propose cette fois des impôts surtout sur les personnes riches, ce qui suscite

des réactions puissantes. Et tout ce que je viens de décrire ne se passe qu'au stade de l'élaboration du projet de loi. Si le projet passe, il faudra encore le mettre en œuvre par toute une série de décrets d'application qui vont, eux aussi, susciter des résistances politiques...

Diriez-vous du système de santé français qu'il est le meilleur au monde ? Les dépenses de santé ont progressé, ces dernières années, de 50 % en France. N'est-ce pas la preuve d'un système qui a atteint ses limites ?

Si vous faites référence à l'étude de l'OMS qui a, en effet, conclu que le système de santé français est le meilleur du monde, je ne suis pas d'accord car cette étude sur la performance des systèmes de santé repose sur une mauvaise méthodologie. Pour ne prendre qu'un seul exemple, cette étude évalue les systèmes de santé à partir d'un critère (*disability-adjusted life expectancy*) qui reflète surtout les déterminants sociaux de la santé de la population et non la performance des systèmes de santé. Ceci dit, les études que j'ai menées avec mes collègues Michael Gusmano et Daniel Weisz ont bien montré que le système de santé français assure un accès remarquable aux soins primaires - nettement meilleur qu'aux États-Unis, qu'en Angleterre ou qu'en Allemagne. Il y a, bien entendu, beaucoup d'autres critères d'évaluation pour juger un système de santé. C'est actuellement un de mes grands sujets de recherche... Sur l'augmentation des dépenses, tous les systèmes de santé coûtent de plus en plus cher. Est-ce durable ? Y a-t-il des limites ? Ce sont plutôt des questions politiques... Tôt ou tard, il faudra évaluer si ces dépenses amènent des résultats en termes de longévité et de qualité de vie qui justifient leurs coûts. ■

Propos recueillis par Marc Rambuzet
[le 10 décembre 2009]

(1) « La réforme de santé aux États-Unis, quelles leçons de la France, quelles leçons pour la France ? »

Conférence ouverte au public, le 22 janvier 2010 à 10 h 30, à Marseille.

Le Pr Victor G. Rodwin, de l'Université de New York, est l'invité de l'Institut d'Économie Publique, de l'Institut fédératif de recherches Sciences Humaines Économiques & Sociales de la Santé d'Aix-Marseille, et de la Chaire d'Économie publique et de Développement durable.
Contact : Yves Doazan, IDEP, tél. 04 91 14 01 27, e-mail : doazan@univmed.fr