

Systèmes de santé : se comparer aux autres pour stimuler la réflexion et trouver des idées. Yves Charpak

Méthode

Nous avons sollicité des informations auprès d'institutions et personnalités diverses (OMS, Missions diplomatiques dans les pays concernés, OCDE, Universitaires, Consultants...), puis nous avons analysé les informations recueillies sous l'angle spécifique de la remise en cause des idées reçues et des enjeux et évolutions en cours dans chaque pays.

Le souhait de produire un document de taille raisonnable nous conduit bien sûr à ne pas parler de tout, mais seulement de ce qui est marquant. Il faut aussi garder de la matière et des thèmes ouverts pour les 2 numéros suivants de ce bulletin, l'analyse des succès et enjeux de mise en œuvre du changement, en particulier à court terme.

« Editorial »

Aux USA, 40 millions de personnes peuvent mourir dans la rue sans soins car ils ne sont pas assurés. Ceux qui ne l'ont pas dit l'ont pensé, ou au moins entendu sans réagir.

Essayons de relire le système américain avec une autre vue : certes, la valeur centrale de notre système de santé et des systèmes Européens en général est l'égalité d'accès, l'accès en fonction des besoins... Ce qu'elle n'est pas aux Etats Unis, où la valeur centrale est celle de l'égalité des chances, mais ensuite chacun a ce qu'il s'est donné les moyens d'obtenir... D'où l'existence d'inégalités acceptées qui nous choquent.

Mais il y a aussi des mécanismes protecteurs, nombreux, mal expliqués et peu visibles car mélangeant des programmes gouvernementaux divers et souvent la sphère privée : le résultat est que la majorité des personnes aux USA, même non assurés, bénéficient de services de soins. Il est plus que probable que les situations d'impossibilité d'accès à des soins vitaux sont exceptionnelles, mais la différence avec l'Europe est que cet accès peut effectivement s'accompagner d'un appauvrissement brutal.

Mais il faut garder en tête que nombres d'opposants à la réforme « Obama » le sont car ils pensent qu'ils vont y perdre : n'oublions pas qu'au delà de la réduction des inégalités, l'objet de la réforme en cours est aussi la rationalisation des dépenses, l'efficience, comme chez nous. Et il y a plus de marge, car les USA dépensent nettement plus que le reste du monde pour leur santé. C'est dire qu'ils y sont sensibles et qu'il y a un engagement collectif fort sur la santé. Et s'il y a redistribution, certains vont y perdre, en liberté d'accès, voir en qualité, et pas seulement les plus riches. (par exemple, les bénéficiaires de Medicare, c'est à dire les plus de 65 ans, sont très inquiets).

Le sujet de l'argent dépensé sur la santé est un point clef : il n'est pas possible d'être très performant sans un minimum d'argent dépensé. Le système idéal et très économique n'existe probablement pas.

Mais l'analyse des autres pays plus « pauvres » est aussi très enrichissante et lève de nombreuses idées reçues : oui, on peut agir dans le sens d'une plus grande solidarité même en situation de relative pénurie de moyens et en laissant de la marge pour des développements moins solidaires qui sont socialement indispensables (les classe moyennes des pays émergents en sont les moteurs). Et surtout, la situation des ces pays montre que lorsque la situation l'exige, investir sur la santé de façon explicite est possible.

Est-ce encore le cas chez nous en Europe, en France ?

USA

La dépense de santé par habitant est de 16% du PIB, soit 7285\$ par habitant), la plus élevée au monde (2007, OMS). La part gouvernementale est de 50%, soit 3300\$.

En France la dépense totale est de 4600\$, dont 3600\$ de part gouvernementale (sécurité sociale comprise). Nos deux gouvernements dépensent donc environ les mêmes sommes pour la santé.

Mais les citoyens US dépensent beaucoup plus d'argent privé sur leur santé. Très souvent sous la forme de couvertures santé assurantielles complètes (« prepaid plans »), liées aux contrats de travail.

Ainsi, si la part de la protection complémentaire santé est de 64 % dans les deux pays (sous forme mutualiste en particulier en France), les montants sont très différents.

*Et le fait que dans des enquêtes de population internationales la santé apparaisse moins comme une inquiétude aux USA (OMS, Rapport Mondial 2010) que dans certains pays européens devrait amener ce débat sur la place publique : **ne faut-il pas dépenser plus pour la santé, en trouvant d'autres modalités de dépenses ?***

Certes, tout n'est pas exemplaire, et les critiques portent sur les disparités importantes de santé et d'accès aux soins, la faible efficacité d'ensemble du système et ses résultats médiocres en termes d'indicateurs de santé.

Comme nul ne l'ignore en France, car nous sommes rapides à montrer les faiblesses des autres, il existe une frange importante de la population aux USA qui n'a pas d'assurance santé. On parle de 15% de la population, soit plus de 45 millions d'américains.

Mais sont-ils tous en grand danger, pauvres et abandonnés ?

Ce que cela recouvre mérite d'être analysé soigneusement car cela permettra de mieux comprendre les réticences d'une partie importante de la population à accepter la « réforme Obama ».

Qui sont les non assurés ?

Chaque année, une organisation gouvernementale américaine, Census, publie un recueil des données sur la pauvreté et l'accès aux soins aux Etats-Unis. Des chiffres alarmants ont été diffusés fin 2009 : 46 millions de personnes ne disposaient pas d'assurance maladie.

255 millions d'américains disposaient d'une couverture maladie, dont 87 millions par le biais direct des assurances-plans de santé gouvernementaux : « Medicare » pour les plus de 65 ans et certains handicapés, « Medicaid » pour les plus pauvres, « Veterans Affairs » pour les anciens combattants, « Workers Compensation » pour les accidents de travail, ... Les autres sont couverts par des assurances privées.

Les chiffres rendus publics par Census ont donné lieu à analyses détaillées fin 2009 dans le contexte de mise en place de la réforme de l'Assurance Maladie souhaitée par l'administration Obama. Certains éditorialistes ont fait remarquer que parmi les 46 millions de personnes non assurées, presque 6 millions étaient en situation irrégulière dans le pays.

D'autres, ont souligné que près de 25 % des personnes comptabilisées pourraient bénéficier de programmes nationaux s'ils en faisaient la demande (principalement Medicaid et pour les enfants le « State Children Health Insurance Program, SCHIP »).

Par ailleurs, environ 6 Millions de personnes sont considérées comme non couvertes mais seulement ponctuellement, à l'occasion d'un chômage ou de recherche de premier emploi.

Certaines personnes choisissent de ne pas souscrire à une assurance maladie (ça n'est pas obligatoire) En 2007, en effet, 18 millions des personnes qui n'étaient pas assurées gagnaient plus de 50 000 USD par an et 9 millions plus de 75 000 USD annuellement. Il s'agissait majoritairement de personnes jeunes (moins de 34 ans).

Le nombre de personnes non assurées qui ne pourraient bénéficier ni d'une prise en charge publique ni d'une assurance privée en raison de son coût (personnes dont le revenu est inférieur à 300 % du seuil de pauvreté) est donc globalement estimé à moins de 20 millions. Difficile à justifier, mais on parle alors de 5% de la population.

Ca relativise nos « croyances ».

Il existe aussi une grande différence d'accès à la couverture maladie selon l'origine ethnique :

En 2008, le pourcentage de personnes hispaniques non assurées s'élevait à 11 %, celui des Afro-Américains à 19 % (soit 7 millions), celui des asiatiques à 17 % et celui des natifs américains (les « indiens ») à 12 %.

Les non-assurés ne sont pas laissés pour compte avec leurs problèmes de santé sans intervention : En moyenne on estime que les deux tiers des services de santé consommés par les non assurés ne leur coûtent rien.

Par ailleurs, de nombreuses catégories de personnes peuvent être incluses dans des services de soins nationaux : les enfants non assurés par leurs parents, les femmes enceintes, les personnes handicapées, les personnes âgées de plus de 65 ans, les prisonniers, certains patients atteints de pathologies chroniques telles que le VIH.

Origines de la couverture d'assurance maladie en 2008 :

Assurance privée : 67 %

Dont :

- Assurance souscrite par le biais du travail 58 %

- Assurance souscrite individuellement : 9 %

Assurance santé « plan gouvernemental » : 29 %

Dont (pas exclusif) :

- Medicare 14 %

- Medicaid 14 %

- Anciens combattants 4 %

La grande majorité des lits d'hospitalisation dépendent du secteur privé à but non-lucratif (56 %), un tiers des lits du secteur public et seulement 11 % du secteur privé à but lucratif (une proportion inférieure à celle observée dans le secteur hospitalier français).

Pour en savoir plus :

<http://www.census.gov/prod/2009pubs/p60-236.pdf>

-National Health Care Disparities Report

-Americans speak on Health Reform:

Report on health care community discussions. DHHS. Washington

-White House Report on Health Reform

Quels soins pour les non assurés ?

Contrairement à une idée très répandue en France, l'accès aux soins est possible de différentes manières aux Etats-Unis pour les personnes ne disposant pas d'assurance maladie.

Ceux qui n'ont pas d'assurance maladie peuvent en effet avoir recours aux urgences, aux consultations des hôpitaux publics ou à but non-lucratif, aux centres de santé communautaires, aux hôpitaux universitaires, qui offrent des soins gratuits.

Les services de santé locaux, les County hospitals (hôpitaux « municipaux ») et les établissements du Department of Veterans Affairs prennent aussi en charge les personnes non assurées.

De multiples organisations privées de charité facilitent un accès à des hôpitaux et à certains médecins pour des patients non ou mal pris en charge.

Par ailleurs, les états fédéraux contribuent aussi en partie au financement de Medicaid et de certains hôpitaux psychiatriques.

Certains états fédérés ont par ailleurs choisi d'étendre localement la couverture donnée par les assurances publiques Medicare et Medicaid.

Enfin, les pouvoirs publics locaux participent directement au financement des hôpitaux municipaux publics.

Bien sur, on sait que 20 % des dépenses de santé restent directement à la charge des ménages, comme en France, mais 20% d'une somme totale supérieure. Et du coup cette charge peut-être très lourde, surtout pour les non assurés, avec une probabilité d'être grandement appauvri en cas de maladie nettement plus élevée si ce n'était déjà fait.

La plupart des régimes d'assurance maladie privés sont à but lucratif à l'exception de la Blue Cross et de la Blue Shield.

Mais ce qui frappe, au delà des disparités réelles, c'est la transparence sur la situation et la qualité des données et des analyses disponibles sur les inégalités et la pauvreté, y compris par des services de l'Etat.

Et sur ce point précis, nous avons beaucoup à apprendre : la situation est ce qu'elle est, mais elle est connue, analysée et affichée. Pas besoin de la CADA pour accéder aux données.

Brésil

La dépense de santé par habitant est de 8,4% du PIB, soit 600\$ par habitant (2007, OMS), à opposer à celle des USA, 7285\$ et de la France, 4600\$.

La part gouvernementale est encore plus faible qu'aux USA, de 42%, soit 250\$.

On imagine bien qu'il va falloir des trésors d'imagination pour faire vivre dans ces conditions les prescriptions de constitution Brésilienne : accès universel garanti des tous les soins pour tous.

Tout d'abord, les citoyens Brésiliens vont avoir à dépenser de l'argent privé sur leur santé, et moins souvent qu'aux USA et en France sous la forme de couvertures santé complémentaires. Le paiement direct « out of Pocket » va représenter 60% des dépenses privées, contre 40% en France et aux USA.

Et comme les sommes en jeux sont faibles, on imagine sans peine que les services privés accessibles sont limités ou alors réservés à ceux qui peuvent se le permettre, en particulier les assurés privés.

Les deux tiers des brésiliens bénéficient d'un « service minimum », généralisé, qui offre un accès aux urgences dans les hôpitaux universitaires, publics et privés, lorsque la vie peut être mise en danger par l'absence de soins. L'accès aux soins de maternité et de rééducation est aussi ouvert à tous. Mais la couverture du territoire n'est pas de 100%.

L'une des grandes forces du Brésil a été le développement d'une industrie des produits de santé, sur la base des accords de DOHA sur la propriété intellectuelle, qui a permis de produire des génériques. Il n'existe pas de système public de remboursement des médicaments : les produits des laboratoires publics sont cédés gratuitement ou à des prix dérisoires. Et cette industrie se développe et permet au SUS de traiter à moindre coût sa population.

Les autres médicaments sont à la charge des patients ou de leur assurance privée lorsqu'elle existe.

Qui sont les assurés ?

En principe, de façon constitutionnelle, tout le monde est assuré et a accès aux soins.

Le « Sistema Único de Saúde » (SUS) a été prévu par la Constitution pour garantir l'accès de la population aux services publics de santé. Il a été mis en place en 1988

Les soins primaires, de santé publique et de prévention sont mis en place et assurés par l'Etat qui est aussi le gestionnaire de l'offre de soins d'une majorité des Brésiliens. Surtout les couches les plus défavorisées de la société. Ainsi, 70 % de la population brésilienne bénéficie de façon directe de soins prodigués par le système d'état : des centres de soins du SUS existent dans plus de 90 % des villes ce qui permet à 110 millions de personnes d'avoir un certain accès aux soins.

27 000 personnes travaillent pour le SUS à la santé de 87 millions de brésiliens.

En 2003, le SUS comptait déjà près de 6000 hôpitaux, dont 60 % étaient des hôpitaux privés qui avaient passé des contrats de prestation avec le Ministère de la santé.

En 2006, plus de 300 millions de consultations et 11 millions d'hospitalisations ont été réalisées par le biais du SUS.

Le SUS permet aussi d'avoir accès à des soins plus complexes : 11000 transplantations en 2006, 215000 interventions de chirurgie cardiaque, 9 millions de traitements par radio ou chimiothérapie.

Mais ce système reste limité par manque de moyens en personnel, en médicaments et en établissements de soins, et l'on estime que près de la moitié de la population ne bénéficie pas de façon optimale des soins et des prescriptions médicamenteuses, en particulier les personnes atteintes de pathologies chroniques. Ces maladies ne sont en effet – à l'exception du VIH et de la tuberculose – pas encore prises en charge par le SUS.

Mais depuis une dizaine d'années de nouvelles formes d'assurance privées se sont développées. Leur cible : les classes moyennes à supérieures à qui elles promettent un accès à des soins de qualité sans délai et en prenant en compte des pathologies chroniques.

L'un des piliers du système de santé au Brésil est la notion de « single command ». En d'autres termes, le gouvernement fédéral, chaque état fédéral et les municipalités sont les gestionnaires à chaque niveau de responsabilité du système global de soins.

Le système de soins privé est lui aussi placé sous la responsabilité des différentes autorités gouvernementales.

Le secteur privé est en plein essor au Brésil, et en 2009 il comptait près de 2000 entreprises enregistrées auprès de l'organisme national de référence (ANS Agencia Nacional de Saude).

L'assurance privée peut prendre plusieurs formes au Brésil :

- La médecine dite de groupe (800 entreprises et 13 millions d'assurés) qui offre des plans de santé auprès d'établissements et de praticiens affiliés.

- Les assurances privés (15 entreprises, 5 millions de clients) qui développent leurs propres produits en matière de santé.

- Certaines entreprises ont choisi un système d'autogestion pour leurs travailleurs (6 millions de personnes concernées environ) en passant des contrats de façon directe avec des médecins ou des hôpitaux.

- Il existe enfin des coopératives médicales ou UNIMED au nombre de 370 qui assurent plus de 11 millions de personnes qui ont accès à des cliniques coopératives (appartenant à des groupes de médecin en général).

Une stratégie très détaillée 2008-2011 est en cours de mise œuvre : « More Health, A right for everyone ». Le document mis en ligne sur le site du Ministère de la Santé inclut des objectifs très précis, les moyens disponibles pour chacun et des délais de réalisation.

Une description intéressante mais un peu ancienne (2002) du système brésilien est disponible dans un livre édité aux USA par Bruce J. Fried et Laura M. Gaydos, AUPHA Press, Washington, D.C., intitulé World Health Systems, Challenges and perspective,

Quels soins hors SUS ?

Les systèmes privés et publics coexistent. Il est même possible que dans des régions particulièrement défavorisées en matière d'équipements publics de soins, l'occupation de lits d'hospitalisation privés soit monnayée auprès des organismes publics.

L'accès aux lits privés d'hospitalisation est possible par le biais d'assurances personnelles et les particuliers peuvent aussi choisir d'être hospitalisé intégralement à leur charge dans des lits d'hospitalisation privée.

En 2007, les 55000 officines du pays ont en moyenne augmenté leur chiffre d'affaire de 23 % du fait d'un recours plus systématique aux traitements non remboursés par le SUS.

Qui paye quoi ?

Le budget de la santé du service public est intégralement prélevé par les taxes et impôts aux trois niveaux (national fédéral, états fédéraux et municipalités).

Les travailleurs du secteur privé, sont tenus de cotiser au régime de protection sociale brésilienne (INSS) qui couvre les risques maladie, maternité, vieillesse, accident du travail, chômage et allocations familiales. L'INSS donne accès aux établissements publics.

Les assurances privées ont gagné du terrain au Brésil depuis une dizaine d'années en raison des limites des systèmes publics SUS et INSS.

Les particuliers ont accès à des soins privés par la souscription d'assurances volontaires prise individuellement ou par le biais de leur entreprise. En 2009, environ un quart de la population (plus de 36 millions de personnes) était couverte par ce type d'assurance privée.

Pour conclure, l'absence de ressources n'interdit pas les innovations, et la volonté de faire accéder les plus grand nombre à un service minimum est compatible avec le développement d'activités privées qui ne bénéficient pas à tous mais doivent s'inscrire dans un système régulé. C'est un système en progression et donc porteur d'espoir.

Chine

La population chinoise est estimée à 1 milliard 330 millions de personnes dont, en 2009, 54,3 % vit dans des régions rurales et 45,7 % dans des villes.

La dépense de santé par habitant est de 4,3% du PIB, soit 100\$ par habitant (2007, OMS), à opposer à celle des USA, 7285\$, de la France, 4600\$ et même du Brésil, 600\$.

La part gouvernementale est d'environ 45%, soit 50\$.

Il est probable que ces chiffres ne reflètent pas complètement les échanges informels qui portent sur la santé, ni la réalité des réformes en cours, car le système de santé bouge vite et l'Etat ne dispose probablement pas des indicateurs à jour du développement économique et institutionnel dans ce secteur.

Car il y a depuis quelques années un développement massif des engagements de l'Etat pour garantir des services de santé minimum et pour renforcer le système de santé.

Le régime d'assurance maladie de base des résidents en milieu urbain (URBMI) a d'abord été testé dans 88 grandes villes en 2008. En 2008, près de la moitié des grandes villes étaient concernées, elles étaient 80 % en 2009 et fin 2010 c'est la totalité des grandes villes qui devraient bénéficier de ce type d'innovation.

En 2010, environ 240 millions de résidents urbains non salariés des grandes villes devraient être concernés.

Qui sont les assurés ?

Si au début des années 2000, on estimait que 20 % de la population (principalement des fonctionnaires et employés d'entreprise d'état) bénéficiait de 80 % des ressources de santé existantes, ces chiffres sont devenus aujourd'hui obsolètes grâce à une volonté gouvernementale de mettre en place des systèmes d'assurance maladies adaptées aux différents types de populations.

En 2003, seuls 189 millions de chinois bénéficiaient d'une prise en charge maladie (15 % de la population).

En 2010, plus de 1,1 milliard de chinois (85 % de la population) bénéficient d'une protection maladie qui peut aller selon les cas d'une prise en charge tout à fait minimale à un accès à des soins complexes et de haut niveau technologique.

La Chine dispose de quatre systèmes de couverture maladie.

1. Le régime d'assurance maladie des salariés en milieu urbain (UEMI) couvre tous les employés en zone urbaine d'organismes publics, d'entreprises, de groupements sociaux et d'organisations à but non lucratif.
2. Le régime d'assurance maladie de base des résidents en milieu urbain (URBMI) couvre, au moyen de subventions publiques, les individus sans activité, comme les personnes âgées et les enfants.
3. Le nouveau système de santé coopératif en milieu rural (NRCMS) couvre, au moyen de subventions publiques, les familles résidant en milieu rural.
4. Les dispositifs d'aide médicale financés par l'impôt destinés aux populations défavorisées en milieu urbain et rural.

Qui paye quoi ?

Pour les travailleurs vivant dans les villes, une assurance médicale de base a été imaginée à partir de 2000. Elle co-existe avec la protection maladie des fonctionnaires urbains. L'URBMI est financé par des cotisations individuelles et des subventions publiques à la hauteur de 36 % pour les adultes et 56 % pour les enfants.

Pour les habitants non salariés des villes, il existait en 2009 **une assurance de soins primaires** dans la moitié des grandes villes, financée par des cotisations personnelles et complétée par des subventions publiques (locales et nationales).

Les 800 millions de résidents des zones rurales bénéficient depuis 2008 d'un régime médical coopératif rural (NRCMS) financé à 80 % par des subventions gouvernementales et 20 % par des cotisations personnelles.

Les ruraux qui partent en ville sont appelés des migrants, et n'avaient pas accès aux mêmes droits que les autres. C'est en train de se résoudre. En 2007, plus de 40 millions de ces travailleurs migrants bénéficiaient d'un accès aux soins

En 2006, la Chine comptait 300000 établissements médicaux et leur nombre augmente de façon très importante depuis lors..

À cette même date, le nombre de lits dans l'ensemble des établissements médicaux s'élevait à 3,3 millions, soit une moyenne de 3,1 lits pour 1 000 personnes (contre 3,6 aux Etats-unis et 0,8 en Inde).

Au total, 5,2 millions de personnes faisaient partie à cette date du personnel médical, soit 1,5 médecin pour 1 000 personnes (contre 2,7 aux Etats-unis et 0,4 en Inde).

On comptait en outre 800000 médecins ruraux qui ne bénéficient que d'une formation très limitée.

Une évolution exemplaire a été celle de la surveillance des risques sanitaires, avec la mise en place et la montée en charge en 3-4 ans du CDC chinois (Center for Disease Control), suite à la crise du SARS.

Il existe aujourd'hui un système cohérent et opérationnel, soutenu largement par les USA, mais aussi par la France (construction d'un laboratoire P4 en cours).

Pour en savoir plus :

- Un numéro spécial du Lancet sur la Chine : Volume 372, issue 9649, octobre 2008

- Rapport de l'OCDE : Improving China's Health System, février 2010. Economic Department working papers N°751

Zones rurales et migration urbaine

Des efforts ont été consentis afin de renforcer les soins aux personnes vivants dans les régions rurales et aux anciens travailleurs ruraux émigrés économiques dans les grandes villes et dont le rattachement administratif à leur village d'origine posait problème.

Ces travailleurs – encore désignés sous le terme de migrants – sont environ 225 millions dont 140 millions vivant dans des grandes agglomérations sans accès à leur système d'assurance-maladie spécifique.

Retraités, maternité

Enfin, les 214 millions de retraités ont accès aux soins primaires publics et 87 millions de femmes ont accès chaque année à des soins de maternité.

Quels soins pour les assurés ?

Jusqu'au milieu des années 2000, les coûts des soins ambulatoires n'étaient remboursables que dans certaines localités et seulement s'ils concernaient des pathologies graves ou des hospitalisations.

Encore aujourd'hui, la prise en charge des soins ambulatoires reste très limitée et il n'existe pas de dispositifs de prévention pour la majorité des bénéficiaires des régimes URBMI et NRCMS.

Environ 80 % des ressources médicales du pays convergent vers les grandes villes et 30 % de celles-ci sont retrouvées dans les grands hôpitaux urbains.

Il co-existe désormais de nouveaux établissements privés à but lucratif qui ne sont accessibles que pour les patients qui ont les moyens de financer intégralement leur hospitalisation.

La troisième enquête nationale sur les services médicaux, datée de 2008 montre que près de la moitié des citoyens chinois ne voyaient pas le médecin lorsqu'ils étaient malades et 29 % de ceux qui devaient être hospitalisés ne l'étaient pas par manque de moyens financiers.

Mais la décision d'injecter massivement des ressources financières dans les structures de soins et de couvrir mieux des populations laissées pour compte ne peut que produire des résultats à court terme.

Conclusion

Comme souvent, cet exercice de comparaison, de confrontation aux autres, est source d'inspiration.

On y perçoit que tous les pays sont confrontés pour leurs systèmes de santé à des difficultés de financement, d'organisation, à des remises en cause de leurs performances.

Quel que soit le point de départ et les ressources disponibles, ce qui frappe avec les trois systèmes étudiés est la réactivité, la volonté de changer et la capacité à mobiliser, pas seulement de l'intelligence et de l'analyse, mais aussi des ressources et de l'ambition pour la santé.

Ça pourrait être une source d'inspiration pour les systèmes européens, dont la France, où l'on persiste à croire que parce que l'on est encore les meilleurs, on pourra se contenter d'un peu de rationalisation et de réorganisation pour répondre aux besoins de santé d'une société en restructuration démographique majeure. Une société en « pleine forme » mais tributaire d'une consommation exponentielle de prestations de santé.

Il faudra sans doute avoir le courage de mobiliser des ressources supplémentaires tout en acceptant de « renoncer » à une partie de ce rêve qui était : tout ce qui est efficace en matière de santé est accessible, pour tous ceux qui en ont besoin.

Or si l'on veut mobiliser, il est probable que cela conduira aussi à accepter plus de diversité, plus d'arrangements locaux, plus d'opérateurs. La notion de partenariats pour la santé, si courante dans les projets de développement, pourrait aussi nous aider.

La suite de ce bulletin se penchera, pour les mêmes pays en principe, à analyser les enjeux politiques et sociaux à court terme, les modalités de la gestion quotidienne du changement et les partenaires impliqués. Là encore, on y recherchera ce qui pourrait nous inspirer malgré notre « avance ».

Pour la réforme Obama, on se demandera comment et quels acteurs se sont mobilisés, comment ils évoluent, quels sont les mouvements perceptibles et envisageables à très court terme ?

Pour le Brésil, on suivra si la volonté d'investir dans la santé, dans le développement d'une industrie de santé performante se maintient dans la tourmente géo-politique, financière, énergétique, industrielle du continent.

Pour la Chine, après les progrès rapides apportés dans l'urgence à la surveillance des risques majeurs et à la mise à disposition d'un minimum santé pour ceux qui en étaient privés, on analysera « le reste » : comment passer à la gestion des besoins de santé de demandeurs plus exigeants, insérés dans un monde de consommations de prestations de santé de qualité, plus pérennes et quotidiennes ?