

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

Commentaire préliminaire :

Le premier bulletin (juin 2010) faisait un peu un état des lieux, à partir d'informations sollicitées auprès d'institutions et personnalités diverses (OMS, Missions diplomatiques, OCDE, Universitaires...). Il s'agissait aussi de remettre en cause des idées reçues « trop rapide » et d'identifier les enjeux et évolutions en cours dans chaque pays.

Ce deuxième bulletin tente d'approcher la vraie vie de la mise en route des réformes en cours dans les trois pays choisis, les obstacles, les menaces, les intrigues et d'en tirer aussi des enseignements pour notre approche d'une réforme du système de santé Français qui peine un peu aussi.

Curieusement, nos interlocuteurs du premier bulletin sont restés assez silencieux, peu répondant à nos demandes sur « l'état des réformes ». Il faut dire que l'on entre là dans une zone plus « politique », floue, en mouvement permanent... Il a fallu varier les sources, y compris internet et medias diverses...

« Editorial »

Une chose est claire : trois pays dont les systèmes de santé sont aux extrêmes, en niveau d'engagement financier annuel par habitant, en historique de développement, en paradigme de solidarité et d'organisation...sont au milieu du gué de réformes majeures, en difficultés de natures différentes.

Mais leur point commun est un engagement majeur au plus haut niveau de leur gouvernance, en la personne de leurs présidents. Cela cristallise des oppositions fortes pour des raisons probablement pas toujours factuelles, mais il existe une vraie garantie des engagements. Si les réformes échouent, leurs présidents échoueront probablement aussi. Certes, au Brésil, où le président a changé, même si la Présidente nouvellement élue a fait sienne les engagements...il reste à tester la solidité de cette position de principe.

Nous pourrions nous poser la question du niveau d'engagement pour les réformes en cours chez nous, majeures dans les principes mais que chaque hoquet corporatiste menace efficacement.

Un point de comparaison à explorer plus avant se dégage :

Les pays « émergents » ont paradoxalement une plus large marge de manœuvre. Partant de moins, ils doivent presque tout construire, et tout est « nouveau ». Mais la difficulté est dans les choix à faire :

- Soit l'ouverture du « marché » de la santé, 1.aux opérateurs internationaux qui ont déjà leurs places ailleurs et qui rêvent de champs nouveaux de business à ouvrir, et 2.aux acteurs de santé fascinés par le modèle des sociétés plus développées, en oubliant leur limites fonctionnelles actuelles...
- Soit identifier des innovations organisationnelles, mixant diverses approches de la santé, individuelles et collectives, y compris en incluant des acteurs moins habituels (de la santé publique aux médecines « traditionnelles »).

Au contraire, nos systèmes de santé très développés sont plus bloqués par des constructions historiques complexes, des couches successives d'organisations et d'institutions, efficaces certes dans le passé et parfois encore aujourd'hui, mais qui peinent à s'adapter : corporatismes exacerbés, niches commerciales fortement organisées en lobbys efficaces, fantasmes de perte et de catastrophe en cas de changements même mineurs, etc.

USA : la réforme avance ?

Rappelons que les réticences d'une partie importante de la population à accepter la « réforme Obama » ne sont pas uniquement liées à l'appartenance à un parti politique ou même au niveau social. C'est un changement de paradigme qui est proposé, une solidarité obligatoire et d'Etat, un contrôle accru du marché de la santé, loin de la philosophie dominante, qui est : égalité des chances, mais distribution selon les mérites et les choix individuels, sur un marché régulé mais très ouvert. En France nous avons probablement moins de mécanismes en place pour une vraie égalité des chances mais sommes très attachés à une redistribution selon les besoins et au rôle dominant de l'Etat dans ces choix.

La réforme de la santé portée personnellement par le président Obama a été promulguée en mars 2010 au terme de quatorze mois de débats.

Elle a été adoptée par 219 voix pour et 212 contre. Les 178 députés républicains, suivis par 34 de leurs collègues démocrates, ont voté contre.

Curieusement, les soutiens sont parfois arrivés là où dans le passé il y avait des oppositions farouches : Le lobby des entreprises privées et des petits patrons, qui a adopté une stratégie à l'opposé de celle qui avait été mise en avant en 1994 au moment où Bill Clinton souhaitait faire passer sa réforme. À cette époque en effet, ce lobby avait protesté violemment. En 2010, la situation a radicalement évolué. Lorsque la part du PIB affectée à la santé est de 16 %, les entreprises sont moins compétitives dans un contexte de mondialisation. Soucieuses de cette situation, les entreprises américaines ont donc vu dans cette réforme la possibilité de limiter l'évolution des dépenses de santé et de leur impact : leurs lobbyistes ont adopté une attitude très proactive vis-à-vis des représentants du peuple, confrontés à des comptes nationaux en déficit de 1 300 milliards de dollars. Le « Congressional Budget Office », agence fédérale indépendante chargée d'évaluer le coût des projets de loi, estimait que la réforme Obama pourrait réduire le déficit de plus de 100 milliards de dollars en 20 ans.

L'engagement reste fort mais l'exercice est difficile

La mise en œuvre de la réforme s'accompagne d'oppositions persistantes. Il faut dire qu'au-delà d'une opposition « philosophique », apparaît de façon croissante, en période « pré-électorale » celle d'ordre politique.

Et puis il y a les luttes moins avouables, plus cachées, d'ordre plus souvent commercial : les lobbys divers, en particulier les assureurs, qui profitent largement de la situation actuelle, ne souhaitent pas de régulation, pas d'obligation d'assurer des clients en mauvais état de santé ou trop pauvres et pas d'accréditation de type « service public » : en effet, les contrats sont parfois obscurs et assortis de clauses d'exclusions variées, difficiles à comprendre et à négocier pour des individus isolés. Un registre d'assureurs « certifiés », validé au niveau de chaque Etat, est prévu.

Le président Obama est régulièrement obligé de monter au créneau, mais la réforme de la santé n'est pas son seul engagement, ni le plus visible, au point que certains dans son camp lui reprochent des concessions trop importantes. En particulier l'abandon de l'option « assurance publique » qui entrerait en compétition avec les assureurs privés. Mais il se défend en soulignant qu'avoir une assurance pour tous les américains, même sans une option publique, est déjà un progrès pour lequel les démocrates se sont battus depuis longtemps.

Curieusement, les avancées en la matière ne lui ont pas attiré massivement le soutien de ceux là mêmes qui vont en bénéficier le plus. Il faut dire que certains développements majeurs n'interviendront qu'à partir de 2014 : par exemple la suppression pour tous de barrières à l'assurance basées sur l'état de santé. Et probablement, du temps sera donc nécessaire pour que les changements réels soient tous perceptibles. Le confort apporté par les nouvelles dispositions n'étant donc pas encore assimilé, la réforme Obama est « à risque » dans cette période intermédiaire.

La Santé Publique n'est pas oubliée :
Michelle Obama, First Lady, a lancé officiellement un mouvement contre l'obésité, soutenu par le président :



70 recommandations qu'elle va essayer de faire mettre en œuvre, certaines par voie législative, allant de la nourriture pour les enfants à l'école à la restriction de la publicité pour des aliments « malsains ».

C'est une grande première qu'un engagement en santé publique à ce niveau. N'oublions pas qu'en 2004 le représentant des USA à l'OMS, ministre de la santé, s'était élevé contre le vote d'une résolution recommandant des limites en sel, sucre et gras dans l'alimentation et surtout il avait osé reconnaître qu'il était là commandité par les industries sucrières de son pays !

Mais il y a des secteurs sacrifiés :
Pour limiter les risques d'opposition de l'opinion publique, aucune promotion des mutuelles et des assurances qui remboursent l'avortement ne sera faite au sein des bourses fédérales aux assurances santé (voir ci-contre).

Augmenter l'efficacité du service public de couverture santé :

Une réorganisation des services existants Medicare et Medicaid est envisagée afin de les rendre plus compétitifs.

Par exemple, il est prévu une nouvelle méthode de rémunération des médecins par Medicare : au lieu de percevoir des honoraires pour chaque acte, les médecins seraient parfois rémunérés sur une base forfaitaire de « prise en charge globale » pour des patients atteints de pathologies comme l'hypertension artérielle.

Une autre mesure envisagée pour réduire le coût des dépenses est de rémunérer certaines prestations de santé (infirmiers, kinésithérapeutes, orthophonistes...) en fonction de la qualité des soins délivrés.

Pour en savoir plus :

Iglehart JK. Historic passage reform at last. NEJM 2010 e(48) (1-3)

<http://www.cdc.gov/nchs/hus.htm>

<http://kff.org/healthreform/8060.cfm>

Les avancées, les « adaptations »

À partir de 2014, tous les Américains devront disposer d'une assurance maladie, sauf ceux pouvant faire valoir une objection d'ordre religieux ou autre. Les personnes dépourvues d'assurance maladie devront verser une pénalité annuelle de 695 dollars par personne ou représentant 2,5 pour cent du revenu familial.

La réforme prévoyait une caisse publique d'assurance maladie, en concurrence avec le secteur privé. Il s'agissait en fait de permettre aux personnes de moins de 65 ans d'adhérer au programme Medicare. Il y avait certes un risque d'augmentation des dépenses publiques, mais surtout divers lobbys liés aux assureurs privés étaient totalement opposés à ce système.

L'option publique a été remplacée par un système de bourses aux assurances santé qui va être mis en place dans chaque Etat pour les personnes dont le revenu dépasse 133 pour cent du seuil de pauvreté et qui ne sont pas couvertes par une assurance d'entreprise. Les particuliers pourront y souscrire une assurance personnelle et les petites entreprises des contrats pour couvrir leurs employés. Les contrats proposés devront répondre à une série de critères minima. Les assureurs devront proposer quatre niveaux de couverture qui varieront selon le taux de cotisation et l'éventail des prestations incluses dans chaque contrat. Ils couvriront tous complètement des prestations médicales « de base » et pour les autres soins de santé le taux de remboursement sera compris entre 60 et 90 pour cent.

Par contre le programme Medicaid, qui fournit des prestations de santé aux personnes à faibles revenus, sera étendu à toutes les personnes de moins de 65 ans dont le revenu n'excède pas 133 pour cent d'un seuil de pauvreté harmonisé, défini au niveau fédéral. Cette extension du programme Medicaid devrait permettre d'élargir sa couverture à environ 16 millions de personnes. Il inclura les adultes sans enfant à charge mais pas les immigrés sans papiers.

Les jeunes adultes pourront être couverts par l'assurance maladie de leurs parents jusqu'à l'âge de 26 ans, ce qui aidera en particulier les étudiants.

Brésil :

Des hésitations sur le périmètre de « la santé »

Dans un premier temps, le gouvernement Lula souhaitait qu'une partie du financement des retraites des employés du ministère de la santé soit introduite directement dans le budget national de la santé. Cette tentative n'a pas été concrétisée en raison d'une forte opposition

Mais certains Etats régionaux ont par la suite accepté, d'inclure dans la rubrique des actions et services de santé les dépenses liées au financement des inactifs du service de santé et des entreprises actives dans l'assainissement, le logement urbain, la distribution des eaux, l'alimentation scolaire, l'alimentation des prisonniers et les hôpitaux à clientèle spécifique (réservés aux fonctionnaires). Cela rend peu lisible la réforme du système de santé vers son universalité.

En 2004, les directives budgétaires avaient inclus dans les dépenses du système de santé unique (SUS) les ressources allouées au Fonds de lutte et d'éradication de la pauvreté (cf. Bolsa Familia) ce qui aurait privé le budget du SUS de 3,5 milliard de Reals. Le gouvernement n'a fait marche arrière qu'après un avis du ministère public fédéral qui estimait cette manœuvre inconstitutionnelle. D'autres tentatives de l'état pour ponctionner dans les caisses de la santé ont eu lieu en 2006 : le projet prévoyait de financer le coût des soins de santé des militaires et des personnes à leur charge, ce qui aurait amputé le budget de 500 millions de Reals. Mais face à la mobilisation des systèmes de défense de la santé publique, le gouvernement a une fois de plus reculé.

Un engagement pour la santé qui a pris du temps

Le président Lula restera associé, comme le président Obama, à une réforme de santé sans précédent du système de santé, mais les premiers temps de son mandat ont été hésitants dans ce domaine.

Lorsqu'il a été élu pour la première fois, il semblait qu'il n'y avait plus d'obstacles à la mise en place du système de santé unique (SUS) – « l'amendement constitutionnel 29 »

Les thèmes à couvrir par le SUS ont fait l'objet de discussions qui ont duré des années entre le gouvernement et les représentants des conseils municipaux, ceux des Etats régionaux, du Conseil National de la Santé, du Ministère de la Santé, des tribunaux des comptes des états fédérés...

Il semblerait donc, contrairement aux idées reçues, que la mise en œuvre concrète du SUS n'ait pas été la priorité principale du gouvernement Lula.

Ce n'est qu'en 2006 et sous la pression du Front parlementaire pour la santé, que les bases du financement ont été mieux définies.

En 2007, les principes du financement du SUS ont été finalement arrêtés. Le coût de la réforme de santé a été rattaché au CPMF, contribution provisoire sur les mouvements financiers, mis en place en 1996 et qui est prélevée sur tous les mouvements de capitaux effectués par une personne physique ou morale. En 2002, elle représentait 4 % des recettes du pays. À partir de 2007, plutôt que de garantir un financement minimum sur la santé, le gouvernement a choisi de ponctionner 40 % du CPMF, soit plus de 15 milliards de Reals en 2007, pour les attribuer à la santé. Le gouvernement estimait alors qu'associer le financement de la santé au CPMF permettait de garantir cette contribution dans le temps.

Des financements innovants pour l'incitation à la prévention

Un exemple, la « Bolsa Família », mécanisme conditionnel de transfert des ressources, a été mis en place en 2003. L'état verse une aide mensuelle aux familles « pauvres » et « très pauvres » à condition que leurs enfants soient scolarisés (pendant 8 ans), qu'ils puissent justifier de participation à des actions de santé publique : calendrier de vaccination, accompagnement prénatal, participation à des séances de formation sur l'allaitement et la qualité de l'alimentation.

En 2010, 46 millions de personnes perçoivent de 120 reals (46 euros) à 182 Reals (70 euros) qui sont versés à la mère de famille. Les personnes qui bénéficient de la « Bolsa Família » bénéficient en outre des services publics de santé pour l'accès aux soins primaires et aux traitements les plus courants.

Des innovations en soins primaires

Le « Family Health Program » a défini la notion d'équipe médicale, qui comprend un médecin, un infirmier, un assistant médical, et de 1 à 6 « travailleurs communautaires » : ils réalisent les soins, des visites à domicile, de l'éducation à la santé. Des chercheurs aux USA ont montré que cette approche avait probablement permis de réduire d'un facteur 2 les hospitalisations entre 1999 et 2007 pour les soins de maladies chroniques potentiellement du ressort de soins ambulatoires (James Macinko report on Health reform Innovation in Brazil. Revue HealthAffairs).

Pour en savoir plus :

- More health, a right for everyone, 2008-2011, Ministry of health of Brazil
http://www.huffingtonpost.com/2011/01/03/dilma-rousseff-inaugurati_1_n_803450.html

La recherche en sciences sociale, évaluative, est très active au Brésil. **Maria Lúcia Magalhães Bosi et Francisco Javier Mercado-Martinez**, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, Brasil et Universidad de Guadalajara, Jalisco, México : **Evaluation models and Brazilian health reform: a qualitative participatory approach**

Quels challenges pour la nouvelle présidente ?

En 2008-2009, le Sénat n'a pas approuvé le renouvellement du financement par le CPMF et depuis cette date la question du financement de la santé demeure en suspens. En 2010 il manquait 16 milliards de Reals pour mettre en œuvre les mesures qui ont été prises dans le domaine de la santé. Le financement du SUS sera à coup sûr un dossier urgent et périlleux...

Dans son discours de prise de fonction la nouvelle présidente, Dilma Rousseff, a repris à son compte les engagements du Président Lula, mais en prenant soin de mentionner qu'elle va consolider les engagements et les rendre concrets et pérennes. Elle rappelle qu'il a sauvé des millions de brésiliens de la tragédie de l'extrême pauvreté et aidé des millions d'autres à rejoindre la catégorie « classe moyenne ». Il s'agit bien d'une description d'un pays en « émergence ».

Elle promet de faire de la consolidation du Système de Santé en place (SUS) une de ses priorités et de le suivre personnellement.

Elle veut garantir l'accès de tous aux outils de diagnostic et de traitement, et renforcer les politiques de prévention et de promotion de la santé.

Elle promet de mettre toute la force du gouvernement à la surveillance de la qualité des services fournis et du respect des utilisateurs du système de santé.

Elle va établir des partenariats avec le secteur privé de la santé pour renforcer le SUS.

Elle va s'attacher à renforcer la présence des professionnels de santé dans tout le pays et à garantir leur formation adaptée.

Certes, promesses d'une présidente qui arrive, mais l'engagement est explicite et la santé n'est pas oubliée dans le discours.

A suivre... Ce qu'ils vont aussi faire par eux-mêmes (voir ci-contre)

Chine :

Des obstacles liés aux acteurs de santé ?

Le ministre précise : « Les progrès sont encore handicapés par la persistance d'un système de financement des hôpitaux et des médecins par des commissions perçues sur les médicaments prescrits et payés par les patients. Il ne sera pas facile d'éradiquer ces habitudes ».

En 2009 et 2010, des affaires de revente de médicaments à des prix exorbitants en dépit de l'interdiction de cette pratique ont mis à mal la perception des réformes mises en place par l'état : En mai 2010, les journaux économiques ont fait leurs titres sur l'affaire du Lusun Pian (médicament traditionnel destiné à lutter contre certains cancers) qui était revendu aux patients 213 yuans pour un prix d'achat de 30 yuans. Il faut dire que depuis le début des années 1990, les hôpitaux ont été incités à devenir rentables : ce qui explique la vente de médicaments à des prix non régulés, la multiplication des examens médicaux, une facturation de l'hôtellerie et le développement de dessous-de-table par les médecins. Le ministre souligne (probablement à l'attention de ses collègues du « budget ») que, sans augmentation de la dépense publique pour financer les hôpitaux, les commissions payées aux médecins et aux hôpitaux devraient rester d'actualité.

Pour en savoir plus

China's health reform. The lancet vol 375, march 2010

<http://www.eeo.com.cn/ens/homepage/briefs/2010/05/20/170529.shtml>

<http://www.issa.int/fre/Breves-et-evenements/News2/Reformes-du-systeme-de-sante-chinois-vers-une-couverture-universelle>

<http://www.ambafrance-cn.org/Les-dernieres-reformes-de-sante-en-Chine.html>

Engagement Maintenu sur la santé ?

En avril 2009, le gouvernement chinois avait affirmé vouloir « réduire les difficultés et les coûts d'accès aux soins médicaux » en l'espace de trois ans. Dix-huit mois après cette déclaration, c'est l'heure du premier bilan. Le Ministère de la santé a publié des chiffres pour certifier le succès des premiers mois de réforme. Ainsi, pour l'année 2009, 1,2 milliard de personnes, dont 400 millions de résidents urbains, étaient affiliées au système d'assurance pour les soins médicaux de base. Au cours de cette même année, le gouvernement central a investi 20 milliards de yuans pour entamer la construction de 5 689 centres de soins : hôpitaux de district, cliniques municipales et centre de soins de quartier. Mi-2010, 45 % de ces bâtiments étaient déjà entrés en fonction. En outre au cours des 18 derniers mois, 20,1 milliards de yuans ont été alloués par les collectivités locales pour la construction de 10 000 structures de soins médicaux et de près de 70 000 unités de soins dans les villages. En septembre 2010, devant l'assemblée générale des Nations Unies, le Dr Chen Zhu, ministre de la santé, expliquait que « 800 millions de personnes étaient remboursées à 60 % pour leurs frais médicaux ». Ces chiffres analysés de façon globale vont dans le sens d'une véritable mise en œuvre des réformes sur le terrain.

Un marché qui intéresse le « business international »

En parallèle à la couverture presque universelle de tous les citoyens, l'ouverture actuelle du marché Chinois crée un appel à tous les investisseurs nationaux et internationaux. La presse aux USA et les sites WEB santé ne parlent que d'opportunités majeurs de business comparé à leur propre marché, riche mais saturé : marché des hôpitaux, des soins, des assurances santé, des innovations technologiques et de médicaments. ET l'investissement de certains de nos industriels français de la santé dans ce pays illustre bien ces opportunités perçues : Laboratoires Servier, Sanofi-Aventis, Mérieux...

Une recherche de financements privés ailleurs ?

L'insuffisance de ressources publiques e pousse aujourd'hui le pouvoir à faire appel aux capitaux privés, y compris étrangers, dans le système de soins du pays et notamment pour la construction et la gestion des hôpitaux

Des expériences locales de couverture sociale

Le district de Shenmu dans la province du Shaanxi, expérimente depuis un an une caisse d'assurance maladie pour tous. Il étend aux 400 000 habitants du district le privilège de soins gratuits ou remboursables qui actuellement n'est réservé qu'aux cadres du Parti. Le programme permet un remboursement de la totalité des soins quand ils sont réalisés sur place, moyennant une cotisation annuelle de 20 Yuans par membre affilié pour les citoyens et 10 Yuans pour les ruraux, et une contribution obligatoire de 400 Yuans (50 euros) par hospitalisation, et de 200 Yuans (25 Euros) par consultation (400 Yuans pour les citoyens), quel que soit le coût du traitement et des médicaments.

La caisse, dont le budget annuel s'élève à 150 millions de Yuans (18 millions d'euros) a conclu des accords avec plusieurs hôpitaux à Xian et six hôpitaux à Pékin. Les patients de Shenmu peuvent se faire soigner dans ces centres hors de la province, mais ils doivent avancer la totalité des frais médicaux, qui sont ensuite remboursés à l'exception d'un forfait de 3000 Yuans (360 euros). Pour les plus nécessiteux, qui ne peuvent pas se rendre à Pékin ou Xian, l'hôpital local invite des médecins extérieurs, dont le déplacement est entièrement payé par le district. Les responsables du programme indiquent qu'en une année 37 000 patients ont bénéficié d'une prise en charge moyenne de 4310 Yuans (500 euros), dont plus de 80% a été pris en charge par la caisse.

L'expérience de Shenmu a donné lieu à des dérives : prescription abusive d'examens et de médicaments coûteux. De plus, le nombre de personnes traités a augmenté de 30% ce qui a posé des problèmes nets de logistique. Néanmoins, ce type d'initiative expérimentale est directement inscrit dans la réforme pour mieux ajuster les mesures généralisées en prenant en compte le retour d'expérience.

Des décisions courageuses.

La démarche pragmatique et progressive pour éliminer les pratiques de commissions sur les produits et services, consiste par exemple à lister les médicaments les plus indispensables.

Elle n'est pas nouvelle. En 2004, le gouvernement avait publié une liste de 2000 médicaments de première nécessité. Aujourd'hui, Le ministre de la Santé Chen Zhu a limité cette liste – qui sera étendue progressivement chaque année - à 307 médicaments destinés à lutter contre 119 maladies courantes.

La réforme, entrée en vigueur le 18 août 2010, a donné lieu à d'intenses tractations avec l'industrie pharmaceutique. Elle aura pour premier effet de mettre en difficulté les hôpitaux publics qui tirent leurs revenus des commissions versées par les patients et de provoquer la disparition progressive d'une multitude de distributeurs intermédiaires. En même temps, elle conduira à des regroupements parmi les sociétés de distribution qui signeront des conventions avec les pouvoirs publics.

Pour les patients, la baisse des prix devrait constituer un indéniable progrès. Elle réduira aussi les coûts des consultations et des hospitalisations de 30 à 50 %. On peut également espérer qu'elle incitera à une plus grande fréquentation des hôpitaux publics locaux qui souffrent d'un déficit d'image auprès de la population.

Il est aussi annoncé une majoration du taux de couverture minimum de la population par une forme de protection santé qui devra passer à 90% de la population.

Des évaluations courageuses des pratiques : le système de santé mentale

En parallèle aux réformes générales, des évaluations ont lieu sur l'existant. Des juristes ont mis en avant les abus liés à l'hospitalisation « d'office » en santé mentale, qui serait utilisé pour d'autres raisons que de santé. Ils alertent le gouvernement sur les risques de ces pratiques et aussi sur les coûts supplémentaires pour un système en ressources insuffisantes. 100 millions de Chinois souffriraient de troubles mentaux.

Conclusion

Les trois systèmes de santé sont en cours de leurs réformes et rien n'est joué.

Ces réformes des systèmes de santé sont clairement identifiées comme des enjeux politiques, et les présidents des trois pays jouent gros par leurs engagements à avancer. Mais probablement c'est aussi la clef des succès à venir des réformes.

Chaque réforme à sa manière remet en cause tant de situations établies que l'absence d'engagement au plus haut niveau rendrait illusoire leur mise en œuvre.

Un autre point frappant est celui de la flexibilité, « on apprend en marchant », on s'adapte en particulier par l'utilisation des retours d'expérience.

Aux USA, ce qui frappe au delà des obstacles politiques et des coups bas de lobbies divers contre l'intérêt « de santé », c'est la capacité de mobilisation dans l'innovation, liée en particulier à la diversité des points d'entrée et des systèmes : le « patchwork » de systèmes coexistant fait que tous les modèles de protections sociale sont déjà en place. Ce qui apparaît comme un grand désordre couteux est peut-être alors source de richesses, car une bonne dose d'organisation et de redistribution peut suffire à rendre le dispositif performant, sans tout changer... Alors que la vie avec un seul modèle est à risque : s'il est mauvais ou ne marche plus, il faut tout changer...

En Chine, le deuxième temps d'une réforme majeure et qui avance par la volonté gouvernementale et l'enthousiasme de la population, sera plutôt consacré à clarifier et réguler les intérêts de certains acteurs de santé (médecins et hôpitaux), industrie pharmaceutique et intermédiaires de distribution, assureurs... Mais dans le même temps l'investissement public nécessaire n'est pas disponible intégralement et il faudra accepter une dose non négligeable d'ajustements par l'ouverture de systèmes parallèles d'assurances santé et de prestations et marchés privés. Des régulations et articulations avec l'engagement public devront être trouvées, pas encore en place.

Au Brésil, pays latin, sud-américain, une femme a accédé à la présidence... Elle hérite de tous les ingrédients d'une réforme de santé en cours mais pas encore stabilisée. Le pays a des ressources financières inexploitées et l'engagement annoncé de sa nouvelle présidente à renforcer la réforme de santé est encourageant.

En guise de conclusion, provisoire, pour ce deuxième bulletin, ce qui domine est bien l'engagement politique explicite au plus haut niveau pour le renforcement des systèmes de santé des trois pays... Nécessaire car la santé est un tel enjeu que les groupes de pression en présence ne peuvent se constituer spontanément en mouvement consensuel.