

Info Santé USA

Bienvenue au sein de ce premier numéro d'Info Santé USA, note électronique de veille stratégique sur les politiques, les programmes et les pratiques de santé aux Etats-Unis.

Cette note bimensuelle réalisée et diffusée par le Service «Santé» de l'Ambassade de France à Washington, vise à informer les lecteurs intéressés par les questions de santé internationale sur l'actualité et les innovations en matière de santé aux Etats-Unis. Ces informations sont repérées au travers des publications et manifestations émanant des instituts et organismes américains du secteur de la santé, ainsi qu'au cours d'entretiens avec les décideurs, professionnels et experts du réseau développé par le Service Santé aux Etats-Unis. La sélection des sujets et des informations opérée pour cette publication prend en compte leur utilité potentielle pour nourrir les réflexions et les expériences et/ou susciter des transferts de savoir-faire sur les problématiques de soins et de santé publique dans notre pays.

Le lecteur retrouvera dans chaque numéro d'Info Santé USA un éditorial thématique ainsi que des « brèves » sur les sujets de Prévention, Sécurité Sanitaire, Système et pratique de santé, Assurance maladie, Santé Internationale. La Rédaction, de cette note sera reconnaissante de recevoir de ses lecteurs toute appréciation et suggestion visant à en améliorer l'opportunité et le contenu.

Editorial

Une nouvelle approche de la réforme du « système » de Santé aux Etats-Unis

Le constat est désormais unanime dans les milieux politiques et l'opinion publique américains sur la dégradation de la couverture du risque maladie et de l'accès aux soins depuis une quinzaine d'années. Les inégalités d'accès et de qualité des soins selon les catégories socio-ethniques n'ont jamais été aussi criantes au sein de la première puissance mondiale.

Quelques chiffres sont aujourd'hui incontournables : les Etats-Unis ont dépensé en 2006, 6700 \$ par habitant pour la santé, soit 16% de la richesse nationale ; pour autant, 47 millions d'américains ne sont pas couverts par une assurance maladie et les indicateurs de santé de base sont dans le rouge : mortalité infantile 6,4‰ (27^{ème} rang mondial) : 5,4‰ chez les blancs, 14,4‰ chez les noirs. La prévalence de l'obésité chez l'adulte est de 28% chez les blancs et 49% chez les noirs, celle du diabète respectivement de 4,8% et 11,7%. La mortalité liée au SIDA est 9 fois plus élevée chez les noirs que chez les blancs et celle liée aux homicides 7 fois plus forte. Le taux de survie à 5 ans des patientes, atteintes de cancer du sein est de 88% chez les blancs et 73% chez les noirs. Dans le même temps, les capacités de recherche et d'innovations de ce pays en matière de santé demeurent remarquables. Face à ce constat déconcertant les américains restent divisés sur les réformes à mettre en œuvre. Deux visions s'affrontent traditionnellement : le renforcement de l'intervention du secteur public dans l'amélioration de l'accès à l'assurance maladie et le contrôle des tarifs médicaux et du prix des médicaments – versus la privatisation totale du secteur de la santé accompagnée d'incitations fiscales à l'assurance personnelle et d'aides publiques aux populations les plus démunies pour les soins indispensables.

Une troisième voie émerge depuis quelques mois à la faveur de la campagne pour les élections présidentielles de 2008, déjà largement amorcée aux Etats-Unis.

Il s'agit de contourner l'affrontement sur les mécanismes de financement, la couverture assurance maladie et le contrôle des prix pour recentrer le débat sur le facteur principal de l'inflation des coûts de la santé : les maladies chroniques.

Les statistiques du gouvernement fédéral montrent en effet que 75% des dépenses de santé et 70% de la mortalité sont liées aux affections chroniques telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'asthme, le cancer...

L'obésité dont la prévalence a doublé 30 ans, a été à elle seule associée au tiers de la croissance des dépenses de santé durant cette période. Pour autant, la prise en charge de ces maladies reste aujourd'hui peu cohérente, intermittente et leur prévention embryonnaire.

Une nouvelle approche de la réforme du système de santé américain visant à maîtriser les coûts de santé grâce à un renforcement de la prévention et une meilleure gestion du traitement de ces maladies chroniques est ainsi en cours de développement sous l'impulsion notamment de la Sénatrice Hillary Clinton.

A cet effet, un programme de démonstration du coût-efficacité de cette approche a été mise en œuvre, à l'échelle d'un Etat, le Vermont, dont le Parlement est à majorité Démocrate et le gouverneur Républicain! Ce programme, prévu sur 3 ans repose sur le développement d'un système d'information électronique commun à la médecine de ville et aux hôpitaux, centré sur un dossier médical informatisé unique et destiné à optimiser le parcours de soins des patients atteints d'une affection chronique. Les techniques de «disease management» sont également encouragées. Par ailleurs, une campagne d'éducation et de promotion de la santé, portant sur les habitudes de vie, a été lancée, dans les écoles et sur les lieux de travail de l'ensemble de l'Etat. Enfin des mesures ont été prises pour exonérer les résidents de l'Etat de tout paiement personnel pour les prestations de prévention (dépistage, ...)

Les économies attendues de ce nouveau programme dans le secteur public de la santé seront réaffectées pour subventionner la couverture maladie des résidents actuellement non couverts.

Cette nouvelle approche d'une réforme du système de santé américain privilégiant la prévention et le «management» des maladies chroniques, dans la perspective d'améliorer l'accès (aux) et la qualité des soins et de maîtriser les coûts de la santé pourraient emporter l'adhésion d'une majorité des américains, notamment ceux qui demeurent réticents à l'intervention du gouvernement dans la régulation du système de santé et aux mesures de solidarité sociale coercitives (taxes, cotisations).

Prévention

Maîtrise de la mortalité d'origine cardiaque aux Etats-Unis

Une analyse épidémiologique portant sur la mortalité liée aux maladies cardiaques aux Etats-Unis entre 1980 et 2000 a été réalisée par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Elle révèle une réduction de moitié de la mortalité au cours de cette période. Selon les auteurs de cette étude, publiée récemment¹, cette réduction serait liée pour 47% à l'amélioration de la prise en charge médicale des ces affections (notamment au contrôle médicamenteux de l'hypercholestérolémie et de l'hypertension artérielle) et pour 44% à l'impact de la prévention visant les facteurs de risque liés au mode de vie (tabac, alimentation, exercice physique).

Les auteurs ont utilisé un modèle statistique pour évaluer l'impact de chaque facteur de risque étudié sur la mortalité. Ainsi la réduction du taux moyen de cholestérol sur 20 ans aurait contribué à éviter 83 000 décès en 2000 par rapport à 1980 ; la diminution de la pression artérielle aurait évité 69 000 décès et celle de la consommation de tabac 40 000 décès. En revanche, l'augmentation de la fréquence de l'obésité et du diabète aurait conduit à un excès de 28 000 décès en 2000 par rapport à 1980.

Interdiction des Acides gras-trans (« Trans fats ») dans les restaurants et les commerces alimentaires aux Etats-Unis

Un mouvement national s'amplifie aux Etats-Unis en faveur de la distribution de produits plus sains dans les restaurants, les cantines scolaires et les magasins d'alimentation.

Dans ce contexte un nouveau front a été ouvert visant à éliminer l'usage des huiles partiellement hydrogénées (riches en acides gras-trans) dont la consommation favorise le développement des maladies coronariennes.² C'est ainsi, que l'Etat du New Jersey, les villes de New York et de Philadelphie et le Comté de Montgomery (dans l'Etat du Maryland) ont adopté ces derniers mois des mesures législatives visant à restreindre ou interdire les acides gras -trans dans la préparation des menus servis par les restaurants et dans les produits alimentaires vendus aux consommateurs.³

Par ailleurs, la Food and Drug Administration (FDA) américaine exige désormais l'affichage des concentrations en acides gras trans sur l'étiquetage des produits alimentaires.⁴

La majorité des restaurateurs et commerçants concernés s'inclinent sans trop de protestations devant ces nouvelles mesures de santé publique fortement soutenues par les associations de consommateurs américains. Néanmoins, ils réclament des délais d'adaptation. De son côté, l'American Heart Association s'inquiète du risque de substituer les huiles riches en acide gras trans par des huiles de palme ou de noix de coco ou par du beurre également voire davantage nocifs pour les «artères».

Il semble que cette croisade contre les acides gras-trans ait vocation à se développer aux Etats-Unis où 60% des adultes et 30% des enfants ont un problème de poids. En effet, depuis le début de l'année 2007, 18 Etats ont introduit un projet de loi visant à limiter ou interdire les acides-gras trans dans les menus servis dans les restaurants et dans les cafétérias scolaires.

¹ Explaining the decreases in US deaths from coronary diseases 1980-2000. New England Journal of Medicine, 7 juin 2007; 356:2388-98

² www.bantransfats.com

³ Montgomery bans trans fats in restaurants, Markets, Washington Post, 16 mai 2007

⁴ US Food and Drug Administration Center for Food Safety and Applied nutrition "Transfats non listed with saturated fats and cholesterol on the nutrition facts label www.dfsan.fda.gov/~dms?transfat.html, Washington Post, 16 mai 2007.

Alerte concernant la sécurité de 2 médicaments antidiabétiques : Enjeux pour la réforme de la FDA

L'Agence de sécurité du médicament américaine (Food and Drug Administration- FDA) a lancé fin mai une alerte concernant les risques d'effets secondaires cardiaques sévères associés à l'utilisation de deux antidiabétiques oraux : AVANDIA, (commercialisé par Glaxo Smith Kline) et ACTOS (laboratoires Takeda et Eli Lilly). Cette mesure fait suite à une « meta analyse » de la littérature scientifique publiée deux jours auparavant.⁵

Le Directeur (Commissionner) de la FDA, Dr Andrew von Eschenbach a incité les fabricants à insérer un avertissement spécial («black box warning») dans la notice d'utilisation des produits concernés.

Si les évaluations bénéfice-risque de ces 2 antidiabétiques paraissent pour l'heure globalement en faveur de la poursuite de leur utilisation, une polémique s'est engagée sur l'inertie de la FDA à souligner les précautions de leurs prescriptions chez les patients déjà porteurs de pathologies ou de facteurs de risque cardio-vasculaires. Certaines critiques de la FDA évoquent même une complaisance de l'Agence vis-à-vis des fabricants.

En effet, le Dr. Buse, actuel président de «l'American Diabetes Association », rappelle que des inquiétudes sur les effets cardiaques potentiels de ces médicaments ont été portées à la connaissance des autorités sanitaires dès leur commercialisation en 1999. Pour autant la FDA n'avait pris à ce jour aucune initiative pour informer les professionnels de santé et les patients de ces risques et inciter les fabricants à mettre en œuvre des études cliniques visant à les documenter.

Cette nouvelle affaire impliquant la FDA, qui fait suite à des précédentes alertes sur d'autres classes de médicament (statines, inhibiteurs cox-2), vient alimenter la réflexion actuelle des experts et décideurs américains sur l'opportunité de renforcer les missions, l'autorité juridique et les moyens de la FDA en matière de sécurité du médicament.⁶

A cet effet, le Sénat a adopté en mai dernier un projet de loi de réforme de la FDA⁷ actuellement soumis à la Chambre des Représentants, et portant notamment sur la séparation des fonctions d'autorisation de mise sur le marché et de pharmaco-vigilance post-marketing des médicaments au sein de cette Agence de Sécurité Sanitaire.

Santé internationale

Le Président Bush annonce un nouveau programme de lutte mondiale contre le VIH/SIDA

Le Président Bush a annoncé fin mai son souhait de doubler la contribution américaine à la lutte contre le VIH/SIDA dans le monde dans les 5 années suivant l'échéance du programme actuel (President Emergency Plan for AIDS Relief – PEPFAR) en 2008, soit un engagement de 30 milliards de dollars dans la période 2009-2014⁸.

A cet effet, il va demander au Congrès de reconduire la loi qui encadre le PEPFAR depuis 2003. Le nouveau programme devrait conduire à une coopération durable avec les 15 pays cibles du PEPFAR, portant notamment sur le renforcement des systèmes de santé et des actions de développement dans les secteurs de la nutrition, de l'assainissement, de l'éducation.

Par ailleurs, la coopération multilatérale dans le cadre du Fonds Mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le Paludisme devrait être renforcée.

Le Président a saisi l'occasion de cette annonce pour rappeler le bilan très positif du PEPFAR et préciser les objectifs de cette nouvelle initiative.

PEPFAR aura ainsi contribué à la lutte contre le VIH/SIDA à hauteur de 18.3 milliards de dollars entre 2003 et 2008.

Les objectifs du PEPFAR seront très probablement atteints en 2008 à savoir contribution au traitement de 2 millions de malades, à la prévention de 7 millions de nouvelles infections, à la prise en charge médicosociale de 10 millions de personnes vulnérables dont 4 millions d'enfants orphelins.

Le nouveau programme devrait porter ces objectifs à 2,5 millions de malades traités, 12 millions d'infections évitées et 12.5 millions de personnes vulnérables (5 millions d'enfant) prises en charge.

Aux termes de cette proposition et au regard de l'engagement récent des pays membres du G-8, l'effort consenti par la nation américaine pour la lutte contre le VIH/SIDA dans le monde, représenterait la moitié de la contribution de l'ensemble des pays développés.

⁵ New England Journal of Medicine 14 juin 2007. Editorial : Rosiglitazone and Cardiovascular risk »

⁶ The future of Drug Safety : promoting and protecting the health of the public. Washington, DC: National Academy Press 2007

⁷ Food and Drug Administration Revitalization Act. US Senate Bill. S1082

⁸ www.whitehouse.gov/news/releases/2007/05/print/20070530-5.html

Les américains vont-ils redécouvrir la visite du médecin à domicile ?

La visite du médecin à domicile a disparu de la pratique médicale depuis plusieurs décennies aux Etats-Unis. Elle pourrait réapparaître dans les prochaines années à la faveur de l'initiative d'une petite entreprise privée, Care Level Management (CLM) qui offre des services de visite médicale à domicile.⁹

CLM emploie une centaine de médecins (salariés) et couvre une clientèle d'environ 13500 patients atteints de pathologies chroniques (diabète, hypertension, insuffisance cardiaque...) dans 5 Etats. CLM a récemment conclu un accord avec Medicare (système fédéral d'Assurance médicale des personnes âgées) pour conduire un projet de démonstration destiné à évaluer l'opportunité de ces services en terme de qualité et de coût efficacité des soins.

Le projet concerne un échantillon des 5% de la population couverte par Medicare qui émargent le plus en termes de dépenses médicales. Medicare rétribue CLM sur la base d'honoraires par visite (à un tarif négocié). Les médecins employés par CLM visitent en moyenne 5 à 6 malades par jour et touchent un salaire annuel d'environ 175 000\$. Leur assurance professionnelle est prise en charge par l'entreprise et ils disposent d'une logistique administrative gratuite.

Ils sont joignables 24h/24 au téléphone mais semble-t-il rarement mobilisés la nuit. Les patients peuvent continuer le cas échéant à être suivi par leur médecin traitant en liaison avec le médecin de CLM. Les premiers éléments d'évaluation montrent que l'approche développée par CLM permettait de réduire de 60% en moyenne le recours à l'hospitalisation et d'épargner 30% des dépenses de soins.

Au plan national, la population visée par le projet représente 2 millions d'adhérents à Medicare qui consomment 43% (150 milliards \$) du budget de Medicare. Les réductions de coût susceptibles d'être dégagées par le modèle développé par CLM représentent donc des enjeux majeurs pour la «survie» même du système.

Cette expérience est suivie avec attention par l'American Academy of Home Care Physicians qui s'efforce de convaincre le Congrès américain d'autoriser l'extension du modèle CLM à l'ensemble des patients couverts par les assurances fédérales Medicare et Medicaid (assurance des pauvres) qui le souhaitent.

L'avenir de la visite à domicile aux Etats-Unis est ainsi aujourd'hui suspendu aux résultats complets du projet CLM-Medicare qui devraient être disponibles fin 2008.

Auto-dépistage rapide à domicile de la stérilité d'un couple

Un nouveau test d'auto-dépistage ambulatoire des troubles de la fertilité a été récemment approuvé par la FDA. Ce test commercialisé sous le nom de FERTELL¹⁰ par la firme Genosis Inc. est disponible dans les pharmacies en libre service (sans prescription médicale).

Il comporte deux composants : l'un qui permet d'évaluer la mobilité des spermatozoïdes dans un échantillon de sperme de l'homme et l'autre qui mesure le taux de «folliculin stimulating hormone» FSH (marqueur de la qualité des ovules) dans un échantillon d'urine de la femme.

Les résultats des tests disponibles en 80 minutes orientent sur l'origine de la stérilité du couple et l'opportunité de consulter un médecin spécialiste.

Ce nouveau test est destiné à rationaliser la démarche de recours aux soins en cas de troubles de la fertilité dans un couple. Il véhicule par ailleurs, le concept que l'homme est autant concerné que la femme par les troubles de la fertilité. Selon les Centers for Disease Control and Prevention, environ 1 million de femmes américaines consultent chaque année pour stérilité. Dans 40% des cas, la femme est effectivement à l'origine de la stérilité, dans 40% l'homme est responsable et dans 20% le problème touche les deux partenaires.

Publications récentes

1/ "Disaster Medicine and Public Health Preparedness". Nouvelle revue trimestrielle dédiée à la médecine des catastrophes et publiée à partir du 1^{er} juillet 2007 par l'Association des Médecins Américains (American Medical Association) en liaison avec les Editions Lippincott Williams and Wilkins. Voir : <http://www.lww.com> (recherche sur le mot-clé «disaster»).

2/ www.fda.gov/consumer/consumernews.html Nouvelle lettre électronique mensuelle gratuite de la Food and Drug Administration destinée aux consommateurs/usagers et rassemblant des informations vulgarisées sur la Sécurité des aliments et des produits de Santé.

*Rédacteur et
Responsable de la publication
Jacques Drucker (CAS)
Mise en page
Rose Marie Josselin (Assistante)*

*Service des Affaires Sociales/Santé
Ambassade de France à Washington
4101 Reservoir Road, NW
Tel. 202 944-6232
e-mail : healthoffice@ambafrance-us.org*

⁹ www.carelevel.com/housecalls.html

¹⁰ www.fertell.com