

SCRIPT FRENCH PRESENTATION:

Le système de santé est une organisation aux multiples facettes. C'est-à-dire que les soins sont dispensés par des moyens privés et publics, avec une faible centralisation du système. Il n'y a pas de normalisation des coûts des soins de santé au niveau fédéral.

Les programmes d'assurance publique comprennent Medicare et Medicaid. Medicare est destiné aux personnes âgées ou à celles souffrant de maladies chroniques ou de handicaps spécifiques, comme l'insuffisance rénale terminale. Medicaid fournit une assurance maladie aux personnes à faibles revenus. CHIP ou le programme d'assurance maladie pour les enfants, qui vise à couvrir les enfants des familles dont les revenus sont trop élevés pour qu'ils puissent bénéficier de l'assurance maladie.

Le système de santé des états-unis est un système multi-payeurs, ce qui signifie que les soins sont payés par une combinaison d'assurances privées ou de programmes financés par le gouvernement et de frais à la charge du consommateur. L'assurance privée est généralement souscrite auprès de l'employeur. Il s'agit du logo de l'organisation Center for medicare and medicare (CMS) qui gère l'assurance maladie publique pour les personnes aux États-Unis.

Alors pourquoi l'un des plus grands pays développés du monde ne dispose-t-il pas d'une couverture médicale universelle ?

Les valeurs socioculturelles américaines jouent un rôle important...

L'Amérique donne la priorité au progrès scientifique des nouvelles technologies et méthodologies médicales. La culture du capitalisme règne en maître et se concentre sur la promotion de l'esprit d'entreprise et de l'autodétermination. Nous verrons comment cette mentalité a contribué à la corporatisation du système de santé américain. Il existe également une méfiance générale à l'égard du gouvernement et, par conséquent, de nombreux programmes de santé publique sont considérés comme une atteinte aux libertés individuelles. Ainsi, la centralisation accrue du système de soins de santé a toujours suscité des réactions négatives.

La plupart de ces informations proviennent de mon cours HLTH 2030 : Overview of American Healthcare Systems avec Professeur Tanya Statan. L'histoire du système de santé américain peut être divisée en quatre grandes périodes.

La première ère est **l'ère préindustrielle** qui s'étend du 19ème siècle au début du 20ème siècle. À cette époque, les soins médicaux n'étaient pas fondés sur la science et il n'existait pas de formation officielle pour les médecins. Cela signifie que pratiquement n'importe qui pouvait pratiquer la médecine. En conséquence, les hôpitaux de l'époque avaient un taux de mortalité de soixante-quinze pour cent. Cette époque a également été la seule période de l'histoire du système de santé américain à fonctionner dans une économie de marché véritablement libre.

Ensuite, **l'ère postindustrielle** s'est déroulée du début au milieu du 20e siècle. Cette ère a été marquée par l'essor de l'assurance maladie. Par exemple, Blue Cross Blue shield, un assureur privé de premier plan aux États-Unis, a été créé. La formation médicale s'institutionnalise avec la création de l'American Medical Association. Medicare et Medicaid ont également été créés en 1965.

Ensuite, **l'ère des entreprises** dans le domaine des soins de santé, qui s'est déroulée des années 1980 à 2010. Cette ère a détruit le système de soins de santé en déplaçant l'attention des soins aux patients vers les profits des entreprises. Le secteur des soins de santé est devenu de plus en plus le domaine des grandes entreprises. L'essor des plans de soins gérés s'est produit à cette époque, ce qui signifie que les consommateurs avaient moins de choix quant à la manière dont ils pouvaient recevoir des soins.

L'ère de la réforme des soins de santé est l'ère actuelle. Elle a commencé avec l'adoption de la loi sur les soins abordables en 2010, qui a constitué la réforme la plus importante du système de santé depuis l'adoption de Medicare et Medicaid. La loi sur les soins abordables a introduit un mandat individuel selon lequel chaque Américain doit avoir une assurance maladie. Ce mandat n'est plus en vigueur car il a été contesté et jugé inconstitutionnel. Bien que la loi sur les soins abordables ait introduit des réformes massives, elle n'est toujours pas en mesure de fournir des soins accessibles et abordables à tous les Américains.

Il y a deux principaux systèmes hospitaliers actifs à Greenville en Caroline du Sud : Prisma Health et Bon Secours. Je veux parler d'un aperçu général de chaque hôpital, présenter

les classement des hôpitaux et discuter des disparités en matière de soins pour la population de patients non blancs.

Bon secours est un hôpital catholique à but non lucratif, classé 6e en Caroline du Sud. Il est classé premier hôpital de Greenville. Selon Health US news, cet hôpital a une représentation plus faible de patients à faibles revenus, ainsi qu'une représentation plus faible de patients asiatiques, insulaires du Pacifique et hispaniques que les autres hôpitaux de la communauté.

Les hôpitaux Prisma sont une chaîne d'hôpitaux à but non lucratif ; il y a 18 hôpitaux Prisma au total. L'hôpital Prisma de Greenville est classé 7e de l'État. Selon Health US news de Prisma Greenville, il existe des disparités significatives pour les patients noirs qui doivent être réadmis après un pontage cardiaque.

Il semble que des améliorations soient possibles afin de créer un espace plus équitable pour que les patients non blancs puissent recevoir des soins.