

# Etats-Unis

## L'assurance maladie nationale verra-t-elle enfin le jour ?

Catherine SAUVLAT, Estelle SOMMEILLER

**D**e rebondissements politiques en émois médiatiques, c'est un rythme effréné que suivent les débats sur la réforme de la santé aux Etats-Unis depuis l'été 2009. Après le projet de relance économique signé en février dernier (*American Recovery and Reinvestment Act*)<sup>1</sup>, B. Obama a fait de la réforme du système de santé une priorité de l'agenda législatif et l'enjeu de son mandat présidentiel. Bien qu'elle existe déjà pour les personnes retraitées et pour les ménages pauvres (*Medicare* et *Medicaid*, cf. encadré 1), l'assurance maladie universelle, publique et obligatoire n'a jamais vu le jour à l'échelle fédérale, après de nombreuses et vaines tentatives ayant ponctué le XX<sup>e</sup> siècle parlementaire états-unien. Aujourd'hui, le Bureau du recensement estime à plus de 46 millions le nombre de personnes non couvertes par une assurance médicale, soit 15,4% de la population résidente, et à quelques millions de plus le nombre de personnes dont la couverture reste partielle et fragmentée. Les statistiques de la santé hissent les Etats-Unis au rang des plus inégales sociétés du monde occidental avec l'un des sys-

tèmes les plus coûteux pour des résultats sanitaires sinon médiocres, au moins décevants par rapport aux dépenses engagées.

La rédaction de ce projet de réforme a déclenché de virulents bras de fer entre les différents acteurs et intérêts en présence, des démocrates conservateurs aux entreprises multinationales en passant par les organisations de la profession. Il est vrai que l'enjeu est de taille : le marché de la santé ne représente pas moins d'un sixième du revenu national américain. Quelle ampleur revêt cette réforme ? Quelles sont les mesures annoncées et les financements proposés ? Un bref résumé des grandes lignes de son contenu, tel qu'il ressort à ce stade des différentes propositions législatives et présidentielles, fera l'objet de la première section. Il s'agit notamment de souligner le caractère très perméable du projet de loi au contexte socio-économique et politique dans lequel il prend forme. Les antécédents en matière de réforme de l'assurance maladie révèlent un passé tout à la fois riche et stérile : riche d'efforts infructueux. Aussi est-il légitime d'interroger dans une seconde section l'histoire politique depuis

---

1. Cf. G. Raveaud, C. Sauviat, « Le plan de relance américain : un nouveau *New Deal* ? » *Chronique internationale de l'IRES*, n° 117, mars 2009.

## ETATS-UNIS

Franklin Roosevelt pour mieux cerner les contextes dans lesquels les tentatives de réforme ont tour à tour échoué. Sans préjuger des chances de voir aboutir le projet de réforme au regard de la conjoncture actuelle et des rapports de force politiques en pré-

sence, cette analyse rétrospective devrait permettre de rendre compte dans une troisième section de l'influence que peuvent exercer les tierces parties sur les conditions de sa mise en œuvre et de son contenu même.

### Encadré 1

#### **Les trois programmes d'assurance publique aux Etats-Unis : *Medicare, Medicaid et CHIP***

##### ***Medicare, une assurance pour les personnes âgées et les handicapés***

Ce programme fédéral offre depuis 1965 une couverture santé aux personnes âgées de 65 ans et plus, étendue aux personnes gravement handicapées en 1972. Il est composé de plusieurs programmes d'assurance, dont un à caractère obligatoire et trois autres optionnels.

##### ***Un programme obligatoire***

L'assurance hospitalisation constitue la partie A du programme et couvre 44,8 millions de personnes (dont 6 millions de handicapés). C'est la seule à être financée par une cotisation sociale obligatoire et proportionnelle au salaire (2,9 %, répartis à parts égales entre employeurs et salariés). Elle rembourse en partie les frais d'hospitalisation et ceux occasionnés par un séjour en hospice.

##### ***Trois programmes optionnels***

– L'assurance médicale supplémentaire, la partie B, est en revanche facultative et couvre 41,7 millions de personnes. Elle est financée pour environ 25 % par des primes versées par les bénéficiaires et pour les 75 % restants par le budget fédéral. L'assurance médicale supplémentaire couvre en partie les frais de consultations, les soins à domicile et les analyses de laboratoire.

– La partie C du programme, intitulée *Medicare Advantage*, est optionnelle et existe depuis 1997. Ce programme couvre près de 10 millions de personnes et permet à ses bénéficiaires de recevoir des prestations supplémentaires par rapport aux plans *Medicare* traditionnels, dans le cadre des réseaux de soins organisés du secteur privé. Contrairement à l'assurance hospitalisation et à l'assurance médicale supplémentaire, les fournisseurs de soins appartenant à ces réseaux reçoivent chaque mois une somme fixe par patient, en contrepartie des soins délivrés en plus des soins standards (*advantage*). Dans ce cadre, ils sont obligés de fournir un minimum de soins.

– La partie D du programme, également facultative, a été instaurée par la loi de modernisation de *Medicare*, en décembre 2003. Ce volet assure depuis 2006 la prise en charge partielle des médicaments prescrits en consultation externe. Avant et sauf exception, les bénéficiaires de *Medicare* devaient souscrire des assurances privées pour

■ ■ ■

## L'ASSURANCE MALADIE NATIONALE VERRA-T-ELLE LE JOUR ?

■ ■ ■

obtenir cette couverture. Les 32,3 millions d'individus qui ont choisi de participer à ce programme devaient s'acquitter en 2006 d'une franchise annuelle de 250 dollars et d'une participation financière variable selon le niveau de dépenses.

*Medicare* comporte une règle spécifique qui fixe un prix prédéterminé pour chaque service de soins, selon le diagnostic et le type de traitement. Les paiements aux professionnels de santé sont réglés sur la base d'un barème d'honoraires, d'autres services sur la base de « coûts raisonnables ». Au total, l'assuré *Medicare* paie environ 25 % des soins médicaux et hospitaliers, c'est-à-dire les parties A et B du programme.

### **Medicaid et CHIP, des assurances pour les personnes pauvres et leurs enfants**

*Medicaid* est une assurance gratuite, soumise à condition de ressources. Elle est financée conjointement par l'Etat fédéral et les Etats. La contribution fédérale versée aux Etats est calculée selon une formule annuelle, inversement proportionnelle à leur revenu par tête, oscillant entre un minimum de 50 % et un maximum de 83 % selon les cas. Le ministère de la Santé et plus précisément les centres pour les services de *Medicare* et *Medicaid* sont chargés de la supervision du programme au niveau fédéral tandis que les Etats au niveau local gèrent leurs programmes et rémunèrent les professionnels de santé.

Les conditions d'éligibilité, les types de soins couverts ainsi que la méthode et le montant des remboursements sont du ressort des Etats, ce qui rend ces programmes très dépendants de leurs situations budgétaires. Néanmoins, sont obligatoirement éligibles à *Medicaid* les bénéficiaires des principaux programmes d'aide sociale (*Aid to Families with Dependent Children* et *Supplemental Security Income*), les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans vivant dans des familles aux revenus inférieurs à 133 % du seuil de pauvreté, ainsi que tous les enfants âgés de 6 à 19 ans vivant dans des familles dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté.

*Medicaid* est la principale source de financement public pour les soins de longue durée, en établissement ou à domicile. Il existe deux moyens de délivrer des services de soins *via* ce programme : soit au travers d'un paiement à l'acte par une agence *Medicaid* à un professionnel certifié sur la base de tarifs établis par l'Etat, mode le plus répandu ; soit au travers d'un réseau de soins intégrés (*Managed Care*) avec lequel l'Etat a passé un contrat et à qui il paie un tarif forfaitaire par capitation, en fonction des caractéristiques de l'individu.

Le programme *CHIP* (*Children's Health Insurance Program*) a été créé en 1997 pour couvrir les enfants de familles pauvres (*i.e.* dont les revenus sont inférieurs à 200 % du seuil de pauvreté fédéral) mais non éligibles à *Medicaid*. Il est financé conjointement par l'Etat fédéral (70 %) et les Etats (30 %) et voté par le Congrès. En 2007, G.W. Bush a opposé par deux fois un veto à son extension. B. Obama a finalement promulgué en février 2009 cette extension, qui a entraîné des dépenses additionnelles de près de 33 milliards de dollars et a permis la couverture supplémentaire de 4 millions d'enfants.

Bien que *Medicare*, *Medicaid* et *CHIP* soient financés sur des fonds publics, la plupart des soins délivrés le sont par des prestataires privés. Au contraire, la VHA (*Veterans Health Administration*) est le seul programme public pouvant être véritablement considéré comme tel, entièrement géré par l'administration (le ministère des Anciens combattants) qui possède son propre réseau d'hôpitaux et de cliniques et emploie son propre personnel médical.

---

**De quelle réforme  
de la santé s'agit-il ?**

Le projet de réforme s'articule autour de quatre propositions (cf. tableau 1) :

- celle qui émane du comité tripartite de la Chambre de représentants<sup>1</sup>, intitulée *America's Affordable Health Choice Act of 2009* (AAHCA) ;

- celle du comité des finances du Sénat, nommée *America's Healthy Future Act of 2009* (AHFA) ; le rôle de ce comité sera déterminant dans le vote à venir ;

- celle du comité sur la santé, l'éducation, le travail et les retraites du Sénat (HELP)<sup>2</sup>, avec le *Affordable Health Choices Act* (AHCA) ;

- le plan initial d'Obama dont les grandes lignes ont été énoncées en février 2009 et précisées dans un discours récent.

Les quatre propositions reposent sur un double objectif : un contrôle des dépenses de santé par une meilleure gestion du système existant et une couverture à caractère quasi universel en direction des 46 millions d'individus actuellement non assurés. Si ce double objectif fait à peu près consensus, il n'en va pas de même sur les moyens d'y parvenir. C'est là que se font jour les lignes de clivage opposant les différents promoteurs de la réforme.

**Un rôle croissant de l'Etat,  
une couverture universelle  
à responsabilité partagée**

Tout d'abord, l'accès à *Medicaid* sera étendu d'ici 2 à 3 ans par une amélioration des critères d'éligibilité au pro-

gramme public (encadré 1). Un système d'allocations de crédit ouvrira l'accès à *Medicaid* à taux plein ou dégressif selon le niveau de revenu des personnes par rapport au seuil fédéral de pauvreté<sup>3</sup>. La création d'une assurance publique est quant à elle sujette à caution. Dans le projet de loi de la Chambre des représentants (AAHCA), il est prévu de créer un fonds national d'assurance maladie (*National Health Insurance Exchange*) pour prendre en charge, aux côtés des institutions étatiques déjà existantes, la gestion des dossiers de demande de crédits (voir tableau 1). Soumis aux mêmes règles de concurrence que les institutions privées, cet organisme s'autofinancera grâce à la prime de risque facturée aux clients signataires. D'autre part, à travers ce fonds sera organisée sur un seul et même marché la confrontation de la demande des particuliers et des PME d'un côté, de l'offre des mutuelles privées ou des caisses d'assurances publiques de l'autre. La création d'un nouveau programme public n'a pas été retenue par la proposition du comité des finances du Sénat et si le président a réitéré son soutien à la mise en place d'une nouvelle assurance publique, il n'en fait pas une condition *sine qua non* de sa réforme. Au lieu de cela, le développement d'un réseau de coopératives à but non lucratif pourrait lui être préféré, qui viendrait concurrencer les assurances privées et peser sur leur prix.

Toutes les nouvelles polices d'assurance contiendront une clause expresse

---

1. Le groupe tripartite (*the House tri-committee*) se compose du comité des fins et des moyens (*Committee on Ways and Means*), le comité de l'énergie et du commerce (*the Committee on Energy and Commerce*), et le comité de l'éducation et du travail (*the Committee on Education and Labor*).

2. *Health, Education, Labor and Pensions*.

3. Jusqu'à 3 ou 4 fois ce seuil selon les cas, soit de 66 150 à 88 200 dollars annuels pour une famille de quatre personnes, cf. *2009 Federal Poverty Guidelines*.

L'ASSURANCE MALADIE NATIONALE VERRA-T-ELLE LE JOUR ?

Tableau 1. Les différents projets de réforme du système de santé

	AHFA (comité des finances du Sénat)	AHCA (comité HELP du Sénat)	AAHCA (comité tripartite de la Chambre des représentants)	Plan Obama
Taux de couverture	95 %	97 %	94 %	100 %
Coût sur 10 ans	774 Mds\$	611 Mds\$	1042 Mds\$	900 Mds\$
Mode de financement	Contributions des acteurs du marché, impôt de 35 % sur les polices d'assurance les plus chères, économies sur <i>Medicare</i> et <i>Medicaid</i> , contribution des employeurs dont les salariés reçoivent des subventions du gouvernement et pénalités pour les individus refusant de s'assurer.	Le comité des finances du Sénat est responsable du budget de la réforme.	Nouveaux impôts sur le revenu pour ceux gagnant plus de 280 000\$ par individu ou 350 000\$ par couple annuellement, économies sur <i>Medicare</i> et <i>Medicaid</i> , pénalités pour les individus refusant de s'assurer ou les employeurs refusant d'assurer leurs salariés.	Impôt sur les polices d'assurance les plus chères, coupes dans <i>Medicare</i> ( <i>Medicare Advantage</i> ), mise en place d'une commission sur les fraudes et gaspillages.
Contraintes pour les individus	S'assurer par le biais de son employeur, individuellement ou à travers une assurance publique.	S'assurer sous peine de pénalités.	S'assurer sous peine de pénalités.	S'assurer individuellement mais exemptions possibles.
Contraintes pour les employeurs	Pas d'obligation, des pénalités pour les entreprises de plus de 50 salariés (400\$ par salarié non assuré).	Pénalités de 750\$ par an et par salarié à temps plein non assuré (sauf entreprises de moins de 25 salariés).	Pénalité de 8 % de la masse salariale (sauf entreprises dont la masse salariale est inférieure à 250 000\$ par an).	Obligation de couvrir ses salariés. Si non, passibles de pénalités.
Aides et subventions	Crédit d'impôt pour ceux dont le revenu atteint jusqu'à 3 fois le seuil de pauvreté. Pour ceux dont le revenu atteint entre 3 à 4 fois le seuil de pauvreté, primes plafonnées à 13 % du revenu.	Crédit d'impôt pour ceux dont le revenu atteint jusqu'à 4 fois le seuil de pauvreté.		Aides progressives pour les familles ou les individus à bas revenu.
Assurance publique	Non	Oui	Bourse d'assurance autofinancée offrant une couverture basique et gérée par le département de la Santé.	Soutien à une assurance publique mais sans exclusive.

## ETATS-UNIS

	AHFA	AHCA	AAHCA	Plan Obama
<i>Medicaid</i>	Eligibilité pour tous ceux dont le revenu est inférieur à 133 % du seuil de pauvreté, à partir de 2014	Création d'une assurance facultative pour les handicapés, permettant de recevoir des soins à domicile.	Extension à partir de 2013 aux individus de moins de 65 ans dont le revenu est inférieur à 133 % du seuil de pauvreté.	Non précisé

Source : D'après *Wall Street Journal*, September 12, 2009.

interdisant à l'assureur de mettre un ménage en faillite pour raison d'endettement médical, source de 66 % des faillites personnelles en 2007. Les compagnies d'assurance ne disposeront plus du droit de refus de clients sur critère médical, ni sur discrimination d'âge, de genre ou d'autres facteurs. Autrement dit, elles ne pourront plus pratiquer la sélection des risques. Un contrat de couverture minimale deviendra ainsi standard et obligatoire. Une politique de répression des fraudes contraindra les sociétés d'assurance à être préenregistrées auprès du fonds national d'assurance maladie.

Il relèvera de la responsabilité de l'individu de contracter et de renouveler son assurance maladie. Hormis les plus pauvres d'entre eux, les individus qui ne prendront pas d'assurance santé seront contraints de payer une amende. Il relèvera de la responsabilité de l'employeur soit de souscrire à une assurance collective pour ses salariés sur une base minimale pré-établie, soit de rembourser tout ou partie de la couverture d'assurance

contractée par le salarié si son assureur n'est pas celui de l'employeur<sup>1</sup>. Des pénalités sont prévues pour les entreprises dont l'employeur choisit de n'offrir aucune assurance médicale. Il sera de la responsabilité du gouvernement de protéger le droit à l'assurance maladie et de faire respecter les règles en vigueur s'agissant de la formation des professionnels de santé.

Mais ce sont le coût et les modalités du financement de la réforme qui restent les enjeux les plus controversés.

### Coût et financement de la réforme

Le cycle budgétaire de la réforme s'étale sur dix ans et chaque proposition retient l'hypothèse d'un non-accroissement du déficit budgétaire. Son élément de loin le plus coûteux, quelles que soient les propositions avancées, provient des subventions destinées aux ménages à bas revenus non couverts. 65 % d'entre eux sont dits vulnérables<sup>2</sup>, c'est-à-dire qu'ils ne comptent pas parmi les ménages pauvres mais le deviendraient à l'occurrence

1. Dans ce cas, la contribution financière de ce dernier s'élèvera à 8 % de la masse salariale dès que le total de celle-ci excèdera 400 000 dollars, puis décroîtra de 2 points de pourcentage pour chaque tranche de 50 000 dollars (soit 6 % entre 350 000 et 400 000 dollars, 4 % entre 300 000 et 350 000 dollars et ainsi de suite jusqu'à 0 % en deçà de 250 000 dollars).

2. Un ménage est considéré comme vulnérable lorsqu'il gagne plus que le seuil de pauvreté mais moins que deux fois ce seuil.

## L'ASSURANCE MALADIE NATIONALE VERRA-T-ELLE LE JOUR ?

de la première difficulté (perte d'emploi, maladie chronique par exemple).

Ces subventions peuvent être distribuées de diverses façons : à travers le programme *Medicaid*, son équivalent pour enfants, le programme *CHIP* (encadré 1), l'achat direct d'une police d'assurance publique ou bien par de fortes déductions d'impôts. A ce bloc de dépenses s'ajoutent d'autres comme les investissements en infrastructures (recherche et développement), les frais d'administration, l'assistance aux petites entreprises, etc. Au final, le coût des différents projets de réforme varie entre 611 et 1 040 milliards de dollars sur la période 2010-2019 selon les cas (voir tableau 1), avec une montée en charge à partir de 2013.

Deux principales sources de financement sont visées. La première est fondée sur la limitation des gaspillages par la refonte complète du système déjà en place ; la seconde est d'origine fiscale. Sur dix ans, l'administration estime autour de 500 milliards de dollars les économies possibles *via* la modernisation et la réorganisation du système actuel. Parmi elles, 177 milliards proviendraient de l'élimination du bonus *Medicare advantage* actuellement remboursé aux compagnies d'assurance<sup>1</sup> ; 110 milliards grâce à davantage de diligence dans le remboursement des frais de *Medicare* payés aux assureurs privés ; 106 milliards par diminution du montant des frais hospitaliers engendrés par les soins que reçoivent les non-assurés (les hôpitaux publics dispo-

sant de services d'urgence sont dans l'obligation de les accueillir), à mesure que décroît leur proportion dans la population totale ; 75 milliards proviendraient de la baisse du prix des médicaments sous *Medicare* ; 25 milliards de la réduction des réadmissions hospitalières sous *Medicare* ; et 20 milliards de rabais accordés par l'industrie pharmaceutique dans le cadre de *Medicaid*<sup>2</sup>.

Plusieurs propositions sont également avancées pour augmenter les impôts. Celle de la Chambre des représentants prévoit d'imposer le revenu des individus gagnant plus de 280 000 dollars par an (et 350 000 dollars pour un couple). Une telle mesure rapporterait à l'Etat plus de 500 milliards de dollars en dix ans. Il est également question de taxer les polices d'assurance dont le coût est supérieur à 8 000 dollars individuellement et à 21 000 dollars pour un couple ou encore de mettre à contribution les différents acteurs du marché de la santé, notamment les compagnies d'assurance, les laboratoires pharmaceutiques et les fabricants d'appareillage médical. La commission tripartite du Capitole propose en outre de gagner 540 milliards supplémentaires en introduisant un impôt à taux progressif jusqu'à 5,4 % des revenus excédant 350 000 dollars. Est également à l'étude l'idée d'instaurer une TVA sociale, ou d'autres sortes de taxes comme celles pénalisant les comportements alimentaires à risques : diabète, excès de cholestérol,

---

1. *Medicare Advantage* permet, depuis la réforme de 2003, à certaines prestations non couvertes par un plan traditionnel sous *Medicare* (soins dentaires et oculaires, remboursement des médicaments prescrits en dehors de l'hôpital) d'être prises en charge par des contrats privés d'assurance, moyennant le paiement d'une prime mensuelle supplémentaire pour les bénéficiaires de tels contrats par rapport à ce que les assurés traditionnels de *Medicare* paient pour la partie B du programme (encadré 1).

2. Kaiser Family Foundation (2009). *Explaining Health Care Reform: How Might a Reform Plan Be Financed?*, <http://www.kff.org/healthreform/7947.cfm>.



## ETATS-UNIS

maladies cardio-vasculaires (taxe sur les sodas par exemple).

Malgré toutes les recettes prévues dans le cadre de cette réforme, il faut garder à l'esprit que ces différentes propositions s'inscrivent dans le contexte très inflationniste des dépenses de santé.

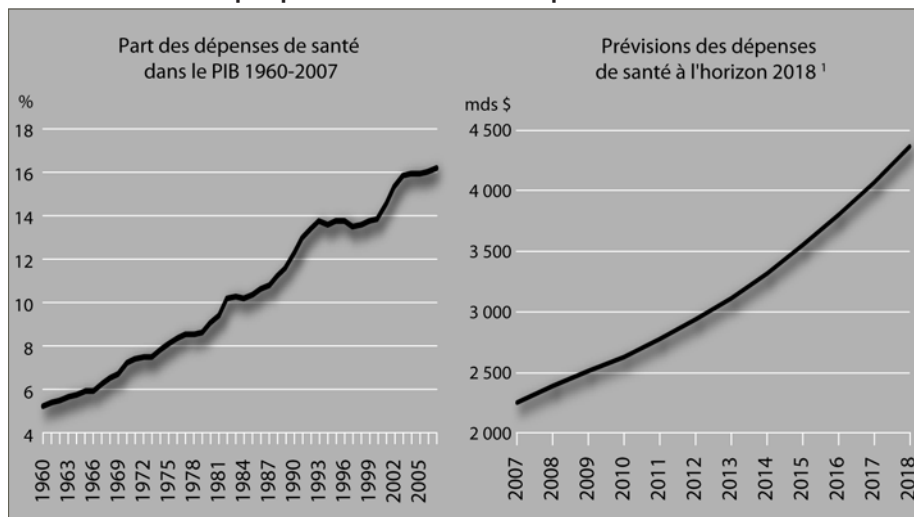
### Le contexte inflationniste des dépenses de santé

Entre 1960 et 2007, les dépenses de santé sont passées de 5,2 % à 16,2 % du PIB (graphique 1). Avec l'obésité devenue un problème d'ampleur nationale, les frais médicaux prennent de très grandes proportions. Selon une étude du ministère de la Santé, le montant annuel des soins liés à cette maladie s'élevait à 147 milliards de dollars en 2006 contre 78 milliards onze ans auparavant. Compte tenu de cette tendance clairement

à la hausse, les prévisions à moyen terme ne peuvent que prolonger la progression actuelle.

L'argument mis en avant par Obama pour défendre son projet est de montrer que les coûts auxquels la société américaine devrait faire face en cas de rejet de la proposition de réforme dépasseraient ceux liés à son adoption. En l'absence d'une réforme, l'inflation des dépenses de santé se reportera sur les salariés soit par l'acceptation d'une dégradation de la couverture médicale, soit par le renoncement à des augmentations de salaires dans le cas d'un report total des coûts sur l'employeur, soit les deux. Dans l'hypothèse d'une adoption de la réforme fondée sur une gestion plus rigoureuse des dépenses de santé, le revenu disponible d'un ménage atteindrait en moyenne un niveau bien supérieur.

Graphique 1. Evolution des dépenses de santé



1. Les prévisions commencent à partir de l'année 2008 (inclusive).

Source : Centers for Medicare and Medicaid Services, National Health Statistics Group, <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData> (cf. Historical ; NHE summary including share of GDP, CY 1960-2007 ; fichier nhegdp07.zip pour le premier graphique ; cf. Projected ; NHE Historical and projections, 1965-2018 ; fichier nhe65-18.zip).



**Les enseignements  
d'un siècle d'histoire**

L'adoption d'un système de santé universel au niveau fédéral a toujours rencontré des obstacles puissants aux Etats-Unis, les différents groupes d'intérêt parvenant chaque fois à l'empêcher. C'est pourquoi d'ailleurs les quelques initiatives dans ce sens ont été prises par les Etats de la fédération comme le Massachusetts en 2006, après le dernier échec d'une réforme d'envergure durant le premier mandat présidentiel de B. Clinton.

**De Théodore Roosevelt à Bill Clinton**

C'est au début des années 1900 qu'apparaissent les premières propositions de couverture médicale, sinon universelle, du moins centralisée et à caractère obligatoire. D'idéologie progressiste, le parti de l'élan (Bull Moose Party)<sup>1</sup>, fondé par Théodore Roosevelt en 1912, émit l'idée de généraliser minima sociaux et couverture médicale à tous les milieux ouvriers du secteur industriel. A la veille des élections présidentielles de

1916, le parti progressiste mena en vain une campagne intensive auprès de huit Etats de la fédération afin de rendre obligatoires ces avancées sociales. Entre 1927 et 1932, les influents réformistes du comité sur les dépenses de santé (*Committee on the Costs of Medical Care*) avancèrent l'idée d'une assurance volontaire et de solidarité financière au sein du corps médical comme solution à la montée des coûts hospitaliers et des frais pharmaceutiques. Loin de la couverture universelle, ces propositions suffirent toutefois à soulever de vives oppositions. Depuis lors se répand la connotation négative associée au terme de « médecine socialisée » ou « socialiste » (*socialized medicine*), typiquement reprise par les opposants à la nationalisation du système d'assurance maladie<sup>2</sup>.

Depuis ses premières tentatives, la question de la couverture médicale universelle (NHI ou *National Health Insurance*) a été débattue au Parlement à maintes reprises (*cf.* encadré 2).

Parmi ces projets de loi, seuls ceux de *Medicare* et *Medicaid* ont été favorablement

Encadré 2

**Débats sur la santé et réformes inachevées**

1934-1939 : *New Deal* de Franklin D. Roosevelt

1945-1950 : *Fair Deal* de Harry S. Truman

1960-1965 : *Medicare* et *Medicaid* de Lyndon B. Johnson / John F. Kennedy

1970-1974 : *CHIP (Comprehensive Health Insurance Plan)* de Richard M. Nixon

1976-1979 : Diverses propositions sous Jimmy E. Carter

1992-1994 : *Health Security Act* de William J. Clinton

1. Le nom de ce parti politique peut surprendre. Il vient de la boutade lancée par Théodore Roosevelt disant de sa force qu'elle n'a d'égal que celle d'un élan (« *as strong as a bull moose* »).

2. The Henry Kaiser Family Foundation (2009), « National Health Insurance – A Brief History of Reform Efforts in the U.S. ».

## ETATS-UNIS

votées au Parlement et au Sénat en 1965. *Medicare* et *Medicaid* offrent toutefois une couverture socio-médicale à un public restreint et bien ciblé : les personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que les handicapés pour la première, les ménages pauvres pour la seconde. Aucune des deux ne s'étend à l'ensemble de la population comme ce serait le cas avec une assurance maladie universelle. Pourquoi les projets de loi NHI ont-ils si souvent été rejetés par les législateurs américains ? Dans quelles circonstances les lois de *Medicare* et *Medicaid* ont-elles été adoptées ? Un contexte favorable semble-t-il se dessiner pour le projet de réforme en cours ?

### Le contexte économique

C'est en pleine phase d'expansion du cycle de croissance économique (1960-1969) qu'ont été approuvées les lois de *Medicare* et *Medicaid* en 1965. A cette époque, la productivité globale des facteurs accélère la croissance économique, les niveaux de revenu s'élèvent et la classe moyenne s'élargit. Les revenus fiscaux s'accumulent dans le budget de l'Etat, pourtant confronté à de nombreux conflits sociaux : pauvreté urbaine, inégalités des chances sur le marché du travail, discriminations raciales dans les secteurs de l'éducation et de la santé, etc. C'est donc dans la phase croissante du cycle économique que voient le jour les politiques expansionnistes de la « grande société » (*the Great Society*) sous le Président Lyndon B. Johnson, initiées par John F. Kennedy entre 1961 et 1963.

Lors d'une conjoncture économique lente ou stagnante, la question de l'assurance médicale pour tous est reléguée au second plan. Chômeurs, pauvres, retraités, veuves et orphelins accaparent l'attention des politiques de la grande dépression des années 1930. La mise en place d'une NHI fait l'objet d'un rapport préliminaire, mais n'est finalement incluse ni dans la loi sur la sécurité sociale de 1935, ni dans ses premiers amendements en 1939. Des courants anti-communistes questionnent l'implication de l'Etat dans l'économie sous la présidence de Harry S. Truman au lendemain de la Seconde Guerre mondiale<sup>1</sup>. Au lendemain du choc pétrolier de 1973 faisant plonger l'économie américaine dans seize mois de récession, le scandale du *Watergate* et la démission du Président Richard M. Nixon en 1974 anéantit tout espoir d'une adoption parlementaire ; le projet n'atteint d'ailleurs pas le stade des auditions à la Chambre des représentants. Conjugés à une période de stagflation<sup>2</sup> persistante, des frais d'hôpitaux incontrôlés décuplent les déficits publics et convainquent le Président Jimmy E. Carter de geler la question jusqu'au terme de son mandat. Enfin, c'est encore et toujours un contexte de récession économique (de juillet 1990 à mars 1991 avec un retour au niveau du pic antérieur fin 1992) qui accompagne la tentative avortée de William J. Clinton en 1993.

La crise financière et la récession économique qu'elle déclenche depuis fin 2007 ne laissent donc rien présager d'encourageant à la seule lumière de cette variable. Pour autant, corrélation ne signifie

1. H.S. Truman a toutefois réussi à faire voter, séparément de la NHI, une loi sur la construction d'hôpitaux en 1946, le *Hill-Burton Act*.

2. Par définition, la stagflation renvoie à une période de croissance économique stagnante conjugée à une double spirale d'inflation et de chômage.

pas causalité. Outre le contexte économique, d'autres critères doivent être pris en compte, notamment la force des opposants politiques à la NHI.

**Les résistances du Congrès et l'hostilité des groupes de pression**

De nombreux facteurs politiques font, aujourd'hui comme hier, obstacle au projet de loi NHI. La crédibilité du président en place, la répartition des sièges au Parlement, le pouvoir des sénateurs et démocrates sudistes (Southern Democrats), l'ambivalence des syndicats, la méfiance des associations de médecins, la prospérité des assureurs privés, les (dé)faveurs de la presse ou l'adhésion de l'opinion publique sont autant de variables dont le degré d'intensité affecte les chances de réussite ou d'échec, pondère les rapports de force et influe sur le résultat des votes.

– Les Southern Democrats : jusqu'à la présidence de Richard Nixon, les démocrates sudistes, ségrégationnistes, conservateurs ou libéraux ont opposé une très forte résistance à tout projet d'une loi NHI, perçue comme une menace contre la préservation de la race blanche jugée supérieure. Le contexte de l'époque permettait d'avancer des arguments ouvertement racistes à l'heure où les hôpitaux séparaient les patients selon leur couleur de peau, comme c'était la norme dans les lieux publics. L'argument de la ségrégation raciale joua un rôle décisif dans l'exclusion de la NHI du *New Deal* de Roosevelt (1934-1939) et du *Fair Deal* de Truman (1945-1950). A partir de la décennie 1970, les arguments sécessionnistes deviennent politiquement irrecevables et les populistes sudistes commencent leur reconversion dans les cercles reaga-

– Les associations nationales : AMA, le principal et très puissant syndicat de médecins (American Medical Association) qui regroupe un quart des membres de la profession, a par le passé affiché une claire hostilité à la NHI, en s'y opposant de façon très virulente et efficace avant *Medicare*, et de façon plus nuancée et diluée depuis. L'argument principal d'AMA réside dans la crainte de laisser la médecine, profession libérale par excellence, être administrée et contrôlée par des politiciens d'autorité fédérale. La NHI est donc perçue comme une perte d'autonomie dans l'exercice de l'acte médical (contrainte de travail en groupe, relation artificielle avec le patient) comme dans son mode de rémunération privilégié incarné par le paiement à l'acte (en devenant salarié par exemple). A l'heure de la Guerre froide, les proclamations en 1949 de la République populaire de Chine et de la République démocratique allemande font sensation dans les médias et l'AMA joue de la menace communiste pour répandre ses arguments contre la médecine « socialisée » ou « socialiste » (*socialized medicine*). Quarante-cinq ans plus tard, on retrouve l'AMA dans la coalition d'opposition ayant contribué à la défaite du *Health Security Act* de l'administration Clinton. Les antagonistes du projet comprennent non seulement l'AMA, mais aussi le regroupement des assureurs privés HIAA (Health Insurance Association of America) ainsi que la NFIB (National Federation of Independent Businesses), fédération nationale des entrepreneurs indépendants qui représente les entreprises de petite taille. A cette occasion, de grandes campagnes publicitaires sont organisées dans les médias télévisuels pour saisir l'opinion publique et le Congrès sur le risque financier que la

## ETATS-UNIS

NHI ferait encourir à la classe moyenne. Le seul point du projet faisant consensus concerne le cas des personnes âgées. A gérer seul les dépenses de santé des seniors, aucun assureur privé ne pourrait survivre sans l'intervention de l'Etat. L'AHA (American Hospital Association) et certains assureurs privés, contrairement à l'AMA, ont donc soutenu *Medicare* lors des débats législatifs en 1992-1994.

### **L'ambivalence des organisations syndicales**

Le contexte économique et politique de l'après-guerre, de même qu'une culture de méfiance vis-à-vis de l'Etat, ont largement contribué à aligner les intérêts des organisations syndicales sur ceux des employeurs dans les choix en matière de couverture santé. Durant la Seconde Guerre mondiale, l'Etat a imposé le blocage des prix et des salaires. Pour aider les employeurs qui souffraient d'une pénurie de main-d'œuvre, il leur a accordé un avantage fiscal non négligeable : ces derniers pourront soustraire de l'assiette du bénéfice imposable de l'entreprise les primes d'assurance qu'ils proposent alors à leur main-d'œuvre à l'embauche. Quelques années plus tard, une décision administrative, confirmée par la Cour suprême, a imposé à l'employeur la négociation des compléments de salaire (congés payés, congés maladie, assurance médicale, assurance retraite complémentaire, etc.) dans le cadre des conventions collectives d'entreprise. Les syndicats prennent alors l'habitude de négocier pour leurs membres les différentes formes de couverture sociale et de gérer les

régimes professionnels de prévoyance maladie là où il y a eu signature d'accords collectifs au niveau sectoriel. Ils voient dans la négociation de ces avantages sociaux et d'un « plus syndical » (*union advantage*) les moyens de gagner de nouveaux adhérents. Dès lors, les syndicats deviennent d'ardents défenseurs du système privé de protection sociale d'entreprise. Ce système sera consolidé ultérieurement par l'introduction d'un dispositif fiscal excluant les primes versées par l'employeur au titre de l'assurance maladie du revenu imposable des salariés<sup>1</sup>. Aussi l'hypothèse d'un système public et universel a souffert de la concurrence des couvertures médicales privées négociées par les syndicats dans le cadre des relations professionnelles d'entreprise.

Cette concurrence s'est fait sentir d'autant plus fortement que la protection sociale a été de mieux en mieux prise en charge dans le cadre du développement de la négociation collective menée par les syndicats dans les grandes entreprises (US Steel, General Motors, AT&T) et dans un nombre croissant de PME à partir des années 1950. Ainsi, exiger de l'employeur la prise en charge de la protection sociale en matière d'assurance maladie, c'est récuser l'utilité de l'assureur public et de la NHI.

Ces arguments ont progressivement perdu de leur force avec l'érosion accrélérée dans les années 1990 de la protection sociale privée. Si les syndicats sont toujours fortement impliqués dans la négociation de la protection sociale professionnelle, les gains obtenus se réduisent de plus en plus. Les salariés sont de façon

---

1. Au total, l'exemption fiscale accordée aux employeurs et aux salariés représente aujourd'hui un coût budgétaire de 250 milliards de dollars.

croissante mis à contribution pour le paiement de la prime d'assurance maladie. Leurs avantages en la matière sont rognés les uns après les autres. Dépenses hospitalières, frais médicaux et pharmaceutiques en hausse ont convaincu certains syndicats de s'engager dans la bataille pour une réforme du système de santé mais le mouvement syndical reste profondément divisé sur l'opportunité et la nature de cette réforme. Des différends apparaissent notamment lors du projet de réforme Clinton, soutenu par l'AFL-CIO, mais repoussé par certains syndicats parmi les plus puissants (AFSCME et UAW<sup>1</sup>) qui lui préfèrent alors un système public de caisse unique. Au début des années 2000, le mouvement syndical par la voix de l'AFL-CIO réaffirme cependant sa position en faveur de l'instauration d'un système de santé à couverture universelle. En 2007, son conseil exécutif a même rappelé son soutien en faveur du principe d'une caisse unique, en réclamant l'extension de *Medicare* pour tous.

#### Le projet de réforme 2009

Le Président B. Obama, fort de l'échec de B. Clinton dans la première moitié des années 1990, a choisi d'appuyer son projet de réforme sur l'obtention d'un compromis bipartite au Congrès plutôt que d'essayer de passer en force sur la base d'une « solution exclusive-

ment démocrate ». Cette stratégie ne l'empêche pas pour autant de se heurter à de nombreuses résistances, y compris au sein de son propre camp politique.

#### Le conservatisme fiscal des Blue Dogs

A l'issue des élections législatives de novembre 1994 est fondée la coalition dite des Blue Dogs, réunissant 52 politiciens d'origine démocrate, pour la plupart issus des Etats du Sud rural (Southern Democrats)<sup>2</sup>. Les Blue Dogs, à la différence des démocrates de gauche et des barons du parti, prônent le conservatisme fiscal, c'est-à-dire la baisse des charges fiscales et la limitation des dépenses publiques<sup>3</sup>. Voter en bloc au Capitole est l'une de leurs particularités faisant leur force. Leur rôle est particulièrement déterminant dans le débat sur l'assurance maladie universelle pour au moins deux raisons. D'une part, le poids électoral des démocrates conservateurs, à défaut d'être majoritaire, permettrait au parti d'Obama de se dispenser des voix du parti républicain pour voter la loi NHI. Sans leur soutien, la réforme risque d'être rejetée. D'autre part, les plus gros pourvoyeurs de fonds des Blue Dogs sont les industriels de la santé (multinationales pharmaceutiques et compagnies d'assurance notamment). Ces derniers ont contribué à hauteur de 54 % au 1,1 million de dollars collecté par la coalition des Blue Dogs au premier semestre 2009. Que les

1. AFSCME : American Federation of State, County and Municipal Employees ; UAW : United Auto Workers.
2. L'expression *Blue dog* est un détournement du terme traditionnel *Yellow dog* utilisé dans le Sud des Etats-Unis pour qualifier un loyaliste qui vote à l'unisson de son parti, ceci afin d'exprimer l'idée que les membres de cette coalition n'alignent pas leurs votes sur ceux des leaders du parti démocrate.
3. Les Blue Dogs ont approuvé la longue série d'exonérations fiscales accordées par G.W. Bush en 2001. Or ces réductions d'impôt avaient contribué alors à aggraver le déficit budgétaire d'un montant de 1 350 milliards de dollars, cf. P. Krugman, « An Incoherent Truth », *New York Times*, July 27, 2009.

## ETATS-UNIS

lobbies de la santé financent la campagne des Blue Dogs est à la fois de bon et mauvais augure. La bonne nouvelle pour le gouvernement tient au fait que les lobbies ne financeraient pas les Blue Dogs s'ils n'étaient pas persuadés du succès de la réforme. La mauvaise nouvelle réside dans le contenu appauvri de la réforme : les lobbies donateurs font d'ores et déjà valoir leurs intérêts et les négocient par l'intermédiaire des Blue Dogs, entre autres.

Dans ce contexte, un événement majeur est survenu fin juillet 2009. Le mercredi 29, les Blue Dogs se sont entendus sur le texte de la réforme à l'issue d'une rencontre à huis clos avec les démocrates de la Chambre des représentants, de la Maison Blanche et du Congrès. Sans surprise, l'aile droite des démocrates (Blue Dog Coalition), alarmée par l'ampleur du déficit public depuis la récession économique, a obtenu des restrictions au projet afin d'en contenir ses coûts (réduction de 100 milliards de dollars, exonérations patronales *via* le relèvement du seuil au-delà duquel les entreprises sont exemptes de l'obligation de fournir une assurance à leurs salariés). Le vendredi 31, la commission de l'énergie et du commerce adoptait à 31 voix contre 28 le texte à faire voter en séance plénière de la Chambre des représentants cet automne.

### ***La virulente opposition des républicains***

Farouchement opposés à la réforme du système de santé, les républicains utilisent la propagande dans les médias et multiplient les controverses. Le martelage du « sacrifice » auquel devrait consentir la classe moyenne attise les craintes. Les discours anti-NHI mettent violemment en garde contre les dérives

du déficit budgétaire et l'arrivée d'un assureur public concurrent du secteur privé. Sarah Palin s'émeut devant « le tribunal de la mort » (*death panel*) auquel conduirait la légalisation sur l'euthanasie incluse dans le projet de loi. Une croix gammée sur l'enseigne d'accueil du bureau d'un démocrate noir-américain fait scandale. Le slogan « *No he Can't* » s'imprime sur les tee-shirts, les pins, les autocollants et autres gadgets en réponse au fameux « *Yes we Can* » de la campagne présidentielle d'Obama. En réponse, la Maison Blanche a créé *Health Insurance Reform – Reality Check*, un site Internet dédié à la réforme, où les fausses accusations sur le projet de loi sont démenties. B. Obama multiplie les interventions publiques et dénonce les tactiques de la peur utilisées par ses opposants.

Par principe hostiles à tout programme public (perçu d'emblée comme inefficace par rapport au jeu du marché), les républicains s'opposent unanimement à la mise en œuvre d'une assurance publique de santé. Ils s'opposent plus généralement et pour des raisons idéologiques à toute nouvelle ingérence de l'Etat. L'argument du coût du projet de réforme de la santé et de son impact sur un déficit budgétaire déjà gigantesque (11,2 % du PIB, du jamais vu depuis 1945) est revenu en force dans les débats qui opposent les républicains aux démocrates progressistes.

### ***La volteface des lobbies de la santé***

Très discutée, l'assurance maladie nationale compte dans les rangs de ses négociateurs la plupart des lobbies du secteur représentant les médecins, les infirmières, les spécialistes en milieu hospitalier, les pharmaciens, les praticiens en laboratoire d'analyse médicale, les chercheurs dans l'industrie du médicament et



## L'ASSURANCE MALADIE NATIONALE VERRA-T-ELLE LE JOUR ?

de la biotechnologie et les assureurs privés. En tout, ce sont plus de 1 500 groupes de pression qui tentent de peser sur la rédaction du texte de loi, pas moins de six lobbyistes pour chaque membre du Congrès ! Plus de 263 millions de dollars ont déjà été dépensés par ces groupes au premier semestre 2009, un record historique.

Du point de vue des médecins réunis au sein de l'AMA (American Medical Association), réelle est la crainte de voir se réduire d'environ 20 % le remboursement des consultations dans le cadre de *Medicare*. Ils cherchent à éviter la mise en place d'une assurance publique qui tendrait à contenir leurs honoraires. Ils s'efforcent en outre d'obtenir une mesure visant à limiter les procès pour fautes médicales. Si le coût de ces procès ne représente qu'entre 1 à 2 % des dépenses de santé, les primes acquittées par les médecins pour s'assurer contre de tels risques peuvent aller jusqu'à 250 000 dollars par an pour des spécialistes comme les neurologues ou les obstétriciens.

Au sein de l'ANA (American Nurses Association), les maisons de repos, les centres spécialisés pour personnes handicapées et les professions de soins médicaux à domicile perçoivent environ 13 % de leurs revenus des patients de *Medicare*. Or, les remboursements sous *Medicare* devraient décroître de 4 % environ. En revanche, la commission de l'énergie et du commerce prévoit dans le projet de loi une allocation journalière variant entre 50 et 75 dollars, distribuée à tous les patients de ce secteur, dans le cadre d'une assurance maladie de long terme. Avec plus de patients à suivre grâce à la réforme, les infirmières s'attendent en fin de compte à une augmentation nette de leur revenu.

Très inquiets de la réforme, les acteurs hospitaliers, sous l'égide de l'AHA (American Hospital Association), ont été les premiers à négocier son contenu avec le comité des finances du Sénat. Les représentants de la profession ont accepté de perdre sur une décennie 155 milliards de dollars de subventions fédérales, jugées redondantes et disproportionnées. Cette perte sera compensée par un gain de 170 milliards de dollars grâce à l'augmentation du nombre de patients couverts, désormais en mesure de payer leur dû. En effet, les patients hospitalisés dans le cadre de *Medicare* (et de *Medicaid*) créent en général un déficit pour les hôpitaux, ce qui n'est pas le cas des patients mieux remboursés des assurances privées. Le projet de loi AAHCA inclut la possibilité de négocier à la hausse les taux de remboursement de *Medicare* et d'ainsi réduire son écart par rapport aux taux privés (écart estimé à 20 points de pourcentage).

L'industrie pharmaceutique avec PhRMA (Pharmaceutical Research and Manufacturers of America) a déboursé 150 millions de dollars pour diffuser des spots télévisés en faveur du projet de réforme AAHCA. A l'issue de négociations informelles entre les représentants de l'industrie pharmaceutique et le comité des finances du Sénat, il ressort qu'au terme d'une décennie, les 80 milliards de dollars (que l'industrie se dit prête à consacrer à la diffusion de médicaments génériques auprès des bénéficiaires de *Medicare*) devraient être plus que compensés par les millions de nouveaux assurés et clients que la réforme amènera sur le marché des médicaments. De plus, le lobby pharmaceutique a obtenu d'augmenter de cinq à douze le nombre d'années protégeant de la concurrence les



## ETATS-UNIS

brevets portant sur les médicaments biologiques. Le lobby a également obtenu de la Maison Blanche qu'elle maintienne les restrictions sur les importations de médicaments en provenance de l'étranger. Par contre, le gouvernement se réserve pour l'instant le droit de négocier le prix des médicaments dans le cadre de *Medicare*, pouvoir que ne lui a jamais conféré le Congrès jusqu'à présent.

Le regroupement des assureurs privés (*America's Health Insurance Plans* ou AHIP) pourrait bénéficier de l'apport de dizaines de millions de nouveaux assurés grâce à la réforme, qui rend l'assurance quasi obligatoire pour tous. Les points de litige concernent la disparition des bonus d'assurance jusqu'à présent financés par *Medicare* (un senior sur cinq est concerné), la participation des compagnies d'assurance aux dépenses de santé (en pourcentage de la prime d'assurance qui leur est propre) et la mise en place d'une taxe sur les polices d'assurance de luxe – dites « Cadillac ». Au cours de l'été 2009, les lobbies de l'assurance maladie ont financé le retour de Harry et Louise, personnages fictifs sur les écrans de télévision. Apparus en 1993 à l'occasion de la réforme de l'assurance maladie proposée par Bill Clinton, Harry Johnson et Louise Clark jouaient alors le rôle d'un couple à revenu moyen se désespérant des lenteurs bureaucratiques qu'impliquerait la mise en place d'une couverture nationale. Harry et Louise avaient alors contribué à faire basculer l'opinion publique contre le projet. Quinze ans plus tard, les mêmes personnages entrent à nouveau en scène pour faire passer le message inverse, soutenant le projet de réforme du Président Obama : « *Get the job done* » (« Faites-le ») proclament-ils en chœur. Ce qui n'empêche pas certaines

compagnies d'assurance d'apporter la contestation dans les débats publics organisés par l'administration Obama à travers tout le pays et l'ensemble de la profession de tout faire pour éviter la mise en place d'une assurance publique optionnelle

Avec quelque 35 millions d'adhérents représentant les intérêts des retraités, l'AARP (American Association of Retired Persons) plaide en faveur de la réforme. Tom Nelson, l'un de ses dirigeants, invite les législateurs à se prononcer dès la fin de l'année 2009 en faveur de l'amendement au projet de loi sur l'assurance maladie, notamment sur la question de l'admission répétée à l'hôpital et de ses coûts, qui reposent actuellement sur le patient. L'AARP souhaite un projet de loi bipartisan sous l'égide des dirigeants des deux grands partis. Une loi votée par conciliation (*reconciliation bill*) n'a besoin que de 51 votes au Sénat (au lieu des 60 traditionnels) et limite les risques d'un report indéfini du vote par obstruction parlementaire (*filibustering*).

### **Des syndicats à l'unisson... sous la bannière de Washington D.C.**

De nombreux syndicats dont l'AFL-CIO s'étaient prononcés il y a quelques années en faveur d'un système à couverture universelle avec une caisse unique (« *Medicare* pour tous »). Pourtant, le débat tel qu'il s'est engagé a quasiment exclu cette hypothèse du payeur unique. Impuissants à définir de nouvelles règles du jeu et ne souhaitant pas compliquer la tâche du Président Obama et du parti démocrate, ils se sont ralliés au projet de loi AAHCA et le défendent à l'unisson, ignorant de fait les propositions législatives existant en faveur d'un système de caisse unique et laissant aux Etats

## L'ASSURANCE MALADIE NATIONALE VERRA-T-ELLE LE JOUR ?

le soin éventuel d'expérimenter de telles initiatives. Ils défendent également à l'unisson l'exemption fiscale dont bénéficient les salariés assurés *via* leur entreprise et, par extension, celle dont bénéficient les employeurs.

Le syndicat des services, SEIU (Service Employees International Union), est à la pointe du combat. Il est non seulement l'un des plus importants syndicats aux Etats-Unis du point de vue du nombre de ses adhérents (1,6 million) mais aussi le plus grand syndicat du secteur de la santé. Son président, Andy Stern, a souligné le besoin urgent de moderniser le système actuel. Ce dernier a d'ailleurs signé une lettre aux côtés de la direction de l'entreprise WalMart, connue paradoxalement pour son combat anti-syndical, en faveur d'un financement de l'assurance santé par l'employeur (*employer mandate*). L'AFSCME, le syndicat représentant les salariés des Etats et gouvernements locaux, entend aussi se battre pour garder intacts les aspects les plus essentiels à leurs yeux d'une réforme du système de santé, à savoir une assurance publique optionnelle, le système de couverture par l'employeur et la non-imposition des prestations de santé pour les employeurs (prime déductible de l'assiette du bénéfice imposable) comme pour les salariés (prime non incluse dans le revenu imposable). Le syndicat de l'automobile (UAW), hier fervent défenseur du système de caisse unique, montre nettement moins d'intérêt à ce projet depuis qu'il a autorisé, lors du renouvellement des conventions collectives de 2007, les trois grands du secteur à se débarrasser de leurs engagements en ma-

tière de couverture maladie de leurs retraités et qu'il en a accepté la responsabilité financière à travers la gestion d'un fonds spécialement créé à cet effet, dont les avoirs sont placés sur les marchés financiers<sup>1</sup>.

De même, J. Sweeney, alors qu'il était encore à la tête de l'AFL-CIO, a lancé un appel à mobilisation contre l'aile conservatrice du TPT (Tea Party Patriots) dont les membres ont à plusieurs reprises interrompu les rassemblements de débat public (*town hall meetings*) organisés un peu partout dans le pays. Selon l'ex-dirigeant de la centrale, les districts d'origine des membres du Congrès devaient être les premiers visés, quelle que soit leur couleur politique, républicaine ou démocrate. Mais son successeur, R. Trumka, élu président de l'AFL-CIO lors du dernier congrès de la centrale qui s'est tenu à Pittsburgh à la mi-septembre 2009, s'est engagé encore plus nettement dans la bagarre. A la surprise générale, il a affirmé lors d'un discours public que l'AFL-CIO ne soutiendrait pas une réforme qui n'inclurait pas la création d'une assurance publique.

### Conclusion

Le projet de loi sur l'assurance maladie nationale n'a jamais retenu autant l'attention qu'aujourd'hui. Mais si tout le monde s'accorde sur la nécessité d'améliorer le système et de le réformer, l'unanimité est loin d'être de mise sur les moyens pour y parvenir. D'ailleurs, à mesure que les débats législatifs avancent et que l'échéance d'un vote se rapproche, les divergences et les conflits d'intérêts se

1. C. Sauviat, « Etats-Unis : Restructurations et négociations collectives chez les trois grands de l'automobile américaine : un véritable tournant », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 110, janvier 2008.

## ETATS-UNIS

font jour et les luttes d'influence éclatent de plus belle. L'opinion publique, sensible aux campagnes de la droite hostile à la réforme, est moins favorable qu'il y a quelques mois au projet de réforme d'Obama.

Le compromis adopté fin juillet par le comité de l'énergie et du commerce de la Chambre des représentants a ouvert la voie à un vote possible avant la fin de l'année 2009. Mais d'ores et déjà, le calendrier initialement prévu par le Président Obama est dépassé. Devant la montée de la contestation et le contexte de forte contrainte budgétaire, la réforme proposée par le comité des finances du Sénat, comme on l'a vu, a été révisée à la baisse par rapport à celle des de la Chambre des représentants pour satisfaire les républicains et espérer parvenir à un compromis. Elle a été durcie sur certains points comme l'interdiction de l'accès des sans-papiers aux assurances publiques. L'instauration d'une nouvelle assurance publique optionnelle est remise en cause pour laisser place au financement d'un secteur coopératif d'assurance à but non lucratif. Les subventions accordées aux familles à bas revenu pour financer leur couverture santé ont été réduites. La bataille législative qui s'engage désormais au Sénat risque d'être beaucoup plus rude que celle qui a fait rage durant l'été. Et il faut s'attendre sans doute à de nombreux rebondissements et à un certain délai avant qu'un texte législatif commun n'émane *in fine* des négociations entre les deux Chambres.

### Sources :

ap Roberts L. (1990), « Vers une réforme du système de santé ? », *Chronique Internationale de l'IRES*, n° 3, mars.

ap Roberts L. (1990), « Les syndicats face à la dégradation des régimes de santé négociés », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 4, mai.

ap Roberts L. (1993), « Une proposition d'assurance médicale pour tous », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 25, novembre.

ap Roberts L. (1995), « Après l'échec de la réforme fédérale de l'assurance maladie », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 34, mai.

Centers for Medicare and Medicaid Services, National Health Statistics Group, <http://www.cms.hhs.gov/NationalHealthExpendData>.

Kaiser Family Foundation (2009), « Explaining Health Care Reform: How Might a Reform Plan Be Financed? », <http://www.kff.org/healthreform/7947.cfm>.

Kaiser Family Foundation (2009), « National Health Insurance – A Brief History of Reform Efforts in the U.S. »

Raveaud G., Sauviat C. (2009), « Etats-Unis : Le plan de relance américain : un nouveau New Deal ? » *Chronique internationale de l'IRES*, n° 117, mars.

Sauviat C. (2004a), « Etats-Unis : Un système de santé en crise... bien que privatisé ! » *Chronique Internationale de l'IRES*, n° 91 spécial « Réforme des systèmes d'assurance maladie et débats sociaux », novembre.

Sauviat C. (2004b), « La crise chronique du système de santé américain », *La Revue de l'IRES*, n° 46, 2004/3.

Sauviat C. (2008), « Etats-Unis : Restructurations et négociations collectives chez les trois grands de l'automobile américaine : un véritable tournant », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 110, janvier.

US House Committees on Ways and Means, Energy and Commerce, and Education and Labor (2009), « America's Affordable Health Choices Act of 2009 – Quality Affordable Health Care ».

US House of Representatives (2009), « America's Affordable Health Choices Act of 2009 – HR 3200 », 14 juillet.

« 2009 Federal Poverty Guidelines »

*New York Times, Wall Street Journal, Washington Post, The Economist, Business Week.*