

États-Unis

Système hospitalier, assurance santé et fédéralisme étasunien à l'épreuve

Catherine SAUVIAT¹

C'est aux États-Unis que l'épidémie liée au nouveau coronavirus (SARS-CoV-2) a été la plus meurtrière. Après l'identification du premier cas de contamination le 19 janvier 2020 dans l'État de Washington et la survenue du premier décès le 6 février dans le comté de Santé Clara en Californie, un premier cap hautement symbolique de 100 000 décès y a été franchi le 28 mai. L'épidémie dite de Covid-19 a ensuite connu une nouvelle accélération durant l'été si bien qu'un nouveau cap de 200 000 décès était à nouveau atteint le 22 septembre. À fin septembre, le pays comptait ainsi plus de 206 000 morts et plus de 7 millions de personnes contaminées, selon les données de l'université Johns Hopkins². Alors que les dépenses annuelles de santé y sont les plus élevées au monde, que ce soit en pourcentage du PIB (17,7 %) ou par habitant (11 172 dollars, soit 9 501 euros), le système de soins s'est trouvé néanmoins littéralement débordé. C'est notamment le cas des hôpitaux, qui ont

manqué de lits pour accueillir les malades, de matériel médical pour les soigner, de masques et d'équipements pour protéger leur personnel soignant et non soignant. Par ailleurs, les tests ont été et restent insuffisants pour identifier les personnes contaminées et contrôler l'expansion du virus.

Ce sont les États de la côte est des États-Unis, très densément peuplés, qui ont été les plus frappés au début de l'épidémie (mars-avril), au cours de laquelle la ville de New York a notamment payé un lourd tribut (près de 24 000 morts au 30 septembre). Mais une résurgence du virus s'est produite, plus diffuse que la précédente, durant l'été. Plusieurs États du Sud et de l'Ouest du pays ont été affectés à leur tour, après une levée prématurée des mesures de confinement et de distanciation sociale encouragée par Donald Trump.

Si le système fédéral américain a autorisé des réponses très diverses à l'épidémie selon les États, partout les pauvres,

1. Chercheure à l'IRES.

2. Les États-Unis ne comptent que pour 4,2 % de la population mondiale. Pourtant, ils concentrent à cette date 21,3 % des cas de contamination et 20,4 % des morts liés à l'épidémie selon cette source.

et notamment les Noirs et les Hispaniques, sont parmi les populations les plus affectées. Ils sont les premières victimes d'un système de protection sociale minimaliste et d'une infrastructure de soins dominée par des fournisseurs privés, qui fonctionne pour une large part selon des logiques de marché et qui est totalement fragmentée. Les hôpitaux, qui ont été tout particulièrement mobilisés durant l'épidémie ³, sont très inégalement répartis sur le territoire, relèvent de différents statuts et possèdent des ressources très disparates. Malgré l'aide qui leur a été apportée par les différents plans de soutien, c'est le personnel soignant qui a servi de variable d'ajustement. Médecins, infirmiers, aides-soignants ont en effet été les premières victimes des suppressions de postes opérées par les hôpitaux et leurs structures de soins ambulatoires pour compenser la baisse de leur chiffre d'affaires due à la priorité donnée au traitement des patients atteints du Covid-19 au détriment de leurs interventions routinières plus lucratives. Ils se sont de surcroît livrés à une concurrence pour pallier en urgence les pénuries de personnel, de matériel médical et d'équipements de protection nécessaires, face à un gouvernement fédéral incapable de coordonner la production et la distribution de ces biens et à des agences de santé publique défaillantes au niveau fédéral.

La crise sanitaire met donc au jour, avec une acuité jamais égalée, les faiblesses structurelles du système de santé américain, son caractère hybride et fortement inégalitaire mais elle illustre aussi de façon remarquable la force inébranlée des groupes d'intérêts pour préserver le *statu quo*, notamment des hôpitaux.

Une grande diversité de réponses à l'épidémie selon les États, les populations défavorisées particulièrement affectées

L'épidémie a touché diversement les États, selon la présence inégale de foyers de contamination, la densité de population mais aussi la rapidité et la radicalité des réactions des autorités publiques locales, en matière de dépistage et de confinement au début de l'épidémie. Les États de la côte est, notamment ceux de New York, du New Jersey et du Massachusetts, ont été particulièrement touchés durant les premiers mois de l'épidémie, dont l'épicentre s'est déplacé à partir de la mi-juin dans les États du Sud et de l'Ouest du pays (Texas, Floride, Californie, Arizona).

La gestion de la crise sanitaire laissée aux États

Face à la crise sanitaire, il n'y a pas eu de stratégie centralisée et coordonnée du gouvernement fédéral, lequel a de surcroît fait montre d'impéritie au plus haut niveau et délivré des injonctions contradictoires. Les initiatives ont au contraire été laissées aux États qui, dans le cadre du fédéralisme, ont autorité en matière de santé publique et ont apporté des réponses loin d'être uniformes à l'épidémie. Les décisions de confinement ont été prises plus ou moins rapidement et l'intensité de ce confinement s'est avérée très disparate selon les cas : une poignée d'États ont pris peu, voire aucune mesure de confinement ou de distanciation sociale, pour ne pas gêner l'activité économique, notamment ceux du Midwest et du Sud ; quelques autres ont décidé de mesures de restriction complètes sur les voyages et l'activité économique ; la

3. Pour autant, plus de 40 % des décès ont eu lieu dans les maisons de retraite.

plupart d'entre eux ont choisi un entre-deux. Les décisions de déconfinement ont obéi à la même logique, chaque État décidant de sa propre stratégie de reprise des activités économiques. Dans certains cas, l'autorité constitutionnelle des États a été contestée en justice, à l'exemple du Wisconsin, dont la Cour suprême a remis en cause la légitimité de la décision de prolonger le confinement prise par les autorités sanitaires sous peine d'amende (Emergency order 28), suite à une plainte des parlementaires républicains de l'État (*Wisconsin Legislature v. Palm*).

Les employeurs n'étant pas tenus de proposer des congés maladie rémunérés à leurs salariés (encadré 1), de nombreux travailleurs sont restés en activité malgré les risques de propagation du virus. En outre, le dépistage a été lent à se mettre en place, la disponibilité des tests variant selon les lieux, les politiques des gouvernements et la densité locale des fournisseurs de soins (médecins, laboratoires, hôpitaux), et est resté largement insuffisant (The Rockefeller Foundation, 2020).

Les populations défavorisées davantage vulnérables

L'absence de couverture maladie universelle aux États-Unis a certainement aggravé la situation sanitaire, surtout celle des populations les plus fragiles économiquement. Les Noirs ont été particulièrement affectés par l'épidémie et sont surreprésentés parmi les personnes contaminées et les décès dus au Covid-19. De fait, ils concentrent tous les facteurs de risque : ils sont en plus mauvaise santé que les autres groupes ethniques (obésité,

hypertension, diabète), à cause de conditions de vie précaires (habitat, pauvreté, absence de couverture santé, discriminations dans l'emploi, etc.)⁴ et aussi des inégalités d'accès aux soins liées à la ségrégation résidentielle ; la majorité d'entre eux vit dans des zones qui manquent d'hôpitaux et de fournisseurs de soins en général ; enfin, ils occupent des emplois à bas salaire, peu propices au télétravail et qui n'offrent le plus souvent ni indemnités pour congés maladie, ni assurance maladie (Gould, Wilson, 2020). Parmi les 28 millions de personnes non assurées aux États-Unis (encadré 1), le taux de non-assurés chez les Noirs reste supérieur à celui des Blancs (11 % contre 8 %). Il est toutefois largement inférieur à celui des personnes d'origine hispanique (19 %) ⁵, qui ont elles aussi été touchées de façon disproportionnée par le virus ainsi que les populations amérindiennes.

Or la couverture du dépistage (tests) par les assurances publiques et privées et sa gratuité n'ont été adoptées par le Congrès que lors du deuxième plan d'aide voté le 18 mars (encadré 2). Mais malgré l'adoption de ce plan, personne n'est à l'abri d'un reste à charge inattendu, compte tenu des limites introduites à cette gratuité en fonction des modalités du dépistage et du type de couverture santé des patients (Chua, Conti, 2020). En conséquence, nombre de personnes ont dû renoncer à se faire dépister, non seulement pour cause d'insuffisantes capacités de dépistage mais surtout par peur de la facture. Même après l'adoption de ce plan et le fait que les principales sociétés d'assurance aient décidé de couvrir

4. Les Noirs représentent 40 % de la population des sans-abri, 20 % des assurés de Medicaid alors qu'ils ne comptent que pour 13,4 % de la population aux États-Unis. Voir aussi G.A. Noppert, « États-Unis : pourquoi les Noirs et les pauvres sont les plus touchés par le Covid-19 », *The Conversation*, 19 avril 2020, <https://bit.ly/2QDBi9l>.

5. « Uninsured Rates for the Nonelderly by Race/Ethnicity », Kaiser Family Foundation, <https://bit.ly/3gGFKyU>.

Encadré 1

Une partie des Américains sans assurance santé et des salariés sans congés maladie rémunérés

Selon les dernières données du bureau du Census se rapportant à l'année 2018 (Berchick *et al.*, 2019), la majorité des Américains (55,1 %) possèdent une couverture maladie *via* des sociétés d'assurance privées, contractées dans un cadre professionnel par leur employeur. 10,8 % sont assurés individuellement auprès de ces mêmes sociétés, soit par le biais des marchés réglementés créés par l'Affordable Care Act (ACA) en 2010, soit directement sans intermédiaire. Au total, les deux tiers des Américains sont en conséquence assurés auprès d'assureurs privés tandis qu'un peu plus d'un tiers le sont dans le cadre d'assurances publiques, répartis à part quasi égale entre Medicare (personnes âgées de 65 ans et plus et handicapés) et Medicaid (personnes à faible revenu). Près de 10 ans après l'adoption de l'ACA, plus connu sous le nom d'Obamacare, 27,5 millions de personnes (soit 8,5 % de la population) restent sans couverture maladie, pour la plupart des travailleurs précaires, des indépendants ou des jeunes. De surcroît, 41 millions d'Américains seraient sous-assurés (avec des restes à charge trop élevés par rapport à leurs revenus), selon une estimation du Commonwealth Fund ¹. Cette situation est liée au déclin des emplois manufacturiers et à la hausse des emplois de services peu qualifiés, souvent à temps partiel et mal payés, qui n'offrent qu'une couverture maladie médiocre à leurs titulaires, voire aucune.

L'assurance santé étant majoritairement liée à l'emploi, la perte d'emploi entraîne *ipso facto* la perte de la couverture maladie pour le travailleur et sa famille. Or l'épidémie de Covid-19 a entraîné la mise à l'arrêt de nombreuses activités économiques et une explosion des demandes d'indemnisation du chômage à partir de la mi-mars 2020, qui a connu son pic en avril mais qui laisse encore 14,5 millions de chômeurs indemnisés à la mi-août. Certes, les personnes de moins de 65 ans ayant perdu leur emploi peuvent s'inscrire à Medicaid si la chute de leur revenu les rend éligibles à ce programme dans leur État de résidence. Ils peuvent aussi acheter une couverture santé sur les marchés réglementés de l'ACA, en bénéficiant éventuellement d'une subvention ² ou bien conserver celle de leur ex-employeur pendant 18 à 29 mois à condition de payer l'intégralité de la prime. Mais cette option est inabordable pour beaucoup, sachant qu'une couverture familiale en 2019 revenait en moyenne à 20 576 dollars (soit 17 433 euros) par an et que la contribution de l'employeur comptait pour 14 561 dollars (12 337 euros), soit 71 % de son coût (KFF, 2019).

De surcroît, les États-Unis sont un des rares grands pays industrialisés à ne pas avoir rendu obligatoires les congés maladie rémunérés. En conséquence, seuls 76 % des travailleurs en bénéficient mais cette couverture est très inégalement répartie selon les secteurs et surtout selon les revenus : ils sont 51 % seulement à en bénéficier dans le premier quartile de revenu (les 25 % de travailleurs



les moins bien payés, ceux gagnant 13,80 dollars de l'heure, soit 11,70 euros ou moins), contre 92 % au sein du dernier quartile de revenu (les 25 % les mieux payés, soit ceux gagnant plus de 32,21 dollars de l'heure, ou 27,30 euros) selon le ministère du Travail.

1. « Number of Americans with Inadequate Health Insurance Coverage Rose Sharply in 2016 », *The Commonwealth Fund*, October 30, 2017, <https://bit.ly/3hKpBtk>.

2. L'Urban Institute estime à 12 millions le nombre de nouveaux inscrits à Medicaid, à 6 millions celui de nouveaux inscrits sur les marchés réglementés de l'ACA et à 7 millions ceux qui resteront sans assurance dans l'hypothèse d'un taux de chômage qui atteindrait 20 % (Garrett, Gangopadhyaya, 2020).

intégralement le coût des tests et celui des traitements dans certaines limites, personne n'est à l'abri d'un dépassement inattendu. Si une vingtaine d'États offrent des protections contre ce type de pratiques (*surprise bill*), le Congrès national a jusqu'à présent cédé aux pressions des fournisseurs de soins pour rejeter toutes les propositions de loi émises dans ce sens au niveau fédéral. L'une des causes de ces *surprise bills*, c'est que les hôpitaux ont externalisé la gestion des services d'urgence et de leur personnel de même que les services d'ambulance. Dans ce cas, les médecins, infirmiers et infirmières n'ont pas pour employeur l'hôpital pour lequel ils travaillent mais des agences d'emploi privées (*staffing agencies*), de type agences d'intérim. Celles-ci envoient la facture aux patients qui ignorent avoir été pris en charge dans les services d'urgence par des médecins (notamment des anesthésistes ou des urgentistes) hors de leur réseau de soins même si l'hôpital, lui, en fait partie ⁶.

En outre, les hôpitaux ont acquis une grande marge de liberté pour fixer le prix des actes et des soins délivrés, qui sont propres à chaque établissement et

diffèrent fortement selon les régions et l'organisme ou les individus qui financent les soins (Medicare, Medicaid, sociétés d'assurance, patients non assurés, etc.) (Gee, 2019). La création des assurances publiques (Medicare et Medicaid) dans les années 1960, que l'organisation professionnelle des hôpitaux (American Hospital Association) soutiendra du fait de leur contribution au revenu des hôpitaux ⁷, n'aura fait que conforter ces derniers dans leur tendance historique à pratiquer des prix élevés et à investir dans des équipements de haute technologie (Moran, 2000), au détriment des soins de santé primaires.

Un système hospitalier hybride, au bord de la saturation par endroits

Le système hospitalier étasunien repose pour l'essentiel sur des hôpitaux locaux (*community hospitals*) qui, par définition, s'opposent aux hôpitaux du gouvernement fédéral (tableau 1) et sont pour la plupart généralistes. La majorité d'entre eux sont privés à but non lucratif, gérés par des universités, des églises ou des associations caritatives.

6. Ces sociétés de placement telles que TeamHealth (20 000 travailleurs) ou Envision Healthcare (69 000 travailleurs) appartiennent à des fonds d'investissement (Blackstone Group pour TeamHealth et KKR pour Envision Healthcare). Leur mission est de réaliser des profits pour leurs actionnaires, pas de prendre en charge les malades.

7. Medicare et Medicaid comptent aujourd'hui pour plus de 60 % du chiffre d'affaires des hôpitaux.

En contrepartie d'un statut fiscal privilégié, ils doivent assistance à la population locale et notamment aux pauvres. Leur construction et leur modernisation ont été de fait largement financées par des fonds du gouvernement fédéral en 1946, abondés par les États (Hospital Survey and Construction Act connu sous le nom de Hill Burton Act)⁸, un engagement public qui a perduré jusqu'en 1997.

Toutefois, un quart des hôpitaux locaux sont privés à but lucratif. Soumis à des impératifs de rentabilité par leurs actionnaires, ils disposent de moins de lits par habitant que ceux à but non lucratif et ce, dans tous les États⁹. Mais quel que soit leur statut, ces hôpitaux ont deux caractéristiques : d'une part, ils recourent tous à une médecine de pointe fondée sur la haute technologie. Cette tendance a été initiée et encouragée au sortir de la Seconde Guerre mondiale par l'État fédéral et la croyance dans la capacité de la recherche et de l'innovation médicale à vaincre toutes sortes de maladies et d'épidémies, ce qui l'a conduit à mobiliser de très importants financements en faveur des National Health Institutes, responsables de la recherche publique (Sparer, Beaussier, 2018) ; d'autre part, ils obéissent tous à une logique de concurrence et de profit. Au lieu d'être redistribués aux actionnaires dans le cas des hôpitaux à but lucratif, les gains profitent avant tout aux dirigeants dans le cas des hôpitaux à but non lucratif dont les rémunérations aux États-Unis dans les grands centres urbains atteignent

des niveaux comparables à ceux des grandes entreprises d'autres secteurs¹⁰. Ces profits sont aussi réinvestis dans la construction de bâtiments somptueux et dans l'achat de matériel médical ultra sophistiqué pour attirer les patients aisés et les médecins les plus réputés. Ils sont enfin dépensés pour une part non négligeable dans des activités de *marketing* et de *lobbying*, qui consolident leur pouvoir d'influence dû en partie au fait qu'ils sont souvent les plus gros employeurs des États et des villes aux États-Unis. Ceci explique en partie qu'ils aient bénéficié du montant d'aide publique le plus élevé de tous les secteurs pris séparément (encadré 2). Il est d'ailleurs remarquable que les travaux académiques d'historiens (Klein, 2003) ou de politistes (Chapin, 2015) sur le système de santé américain attribuent en général aux compagnies d'assurance plutôt qu'aux hôpitaux le pouvoir dominant et le rôle du « méchant », ces derniers échappant le plus souvent aux critiques.

Les États et collectivités locales possèdent quant à eux leurs propres hôpitaux publics locaux, qui accueillent en général les patients à faible revenu et/ou non assurés. Ils reçoivent des fonds du gouvernement fédéral et des États pour compenser en partie la perte de revenu occasionnée par les factures non payées (non assurés) ou sous-payées (assurés Medicaid). Une petite minorité d'hôpitaux relève enfin du gouvernement fédéral, notamment les hôpitaux militaires et ceux du système de santé des anciens combattants

8. Cette loi a accordé des prêts et subventions aux communautés dont les besoins étaient avérés (40 % à 50 % des comtés n'avaient pas ou plus d'hôpitaux dans l'immédiat après-guerre) et qui étaient en capacité de gérer des établissements de soins. Pour assurer son adoption par le Congrès et le vote des Démocrates du Sud, elle a aussi autorisé les hôpitaux en question à discriminer les patients et les médecins selon leur « race » et cette ségrégation a perduré jusqu'en 1963.

9. <https://bit.ly/3jupBhQ>.

10. A. Andrzejewski, T. Smith, « Top 82 US Non-Profit Hospitals – Qualifying Government payments and Financial Assets/Open Books Oversight Report », *OpenTheBooks*, June 2019, https://issuu.com/openthebooks/docs/top_82_largest_u.s._non-profit_hosp.

qui accueillent 9 millions de patients, le seul système de soins entièrement public existant aux États-Unis (tableau 1).

Les hôpitaux locaux sont près de deux fois plus nombreux dans les grands centres urbains (3 377) que dans les zones rurales (1 821) selon l'American Hospital Association (AHA, 2020a). Une grande partie d'entre eux sont constitués en chaînes hospitalières, regroupant de nombreux hôpitaux et professionnels de santé (Health Systems) et dont la taille est incomparable avec celle des hôpitaux en Europe ¹¹. Très concentrés et en position dominante sur les marchés locaux, ils exercent un véritable pouvoir de marché sur les assureurs et les financeurs de soins en général (Medicare, Medicaid, patients, employeurs).

La concentration des cas de contamination à New York, devenu très tôt l'épicentre de l'épidémie, a eu raison des capacités de son système hospitalier qui, bien que très

réputé, possède paradoxalement moins de lits de soins intensifs par habitant que d'autres villes américaines ¹². Le gouverneur a dû en conséquence demander l'aide de l'armée fédérale à la mi-mars, qui s'est concrétisée par l'arrivée de Virginie d'un bateau hôpital de la marine doté de 1 000 lits supplémentaires de soins intensifs, apponté sur la rive ouest de Manhattan (USNS Comfort). Certains centres de congrès ont été transformés en hôpitaux temporaires ¹³ et des lits d'hôpitaux supplémentaires ont été installés sous tente dans Central Park pour parer à l'urgence sanitaire et gérer le flux continu de patients atteints du virus. Le 30 mars 2020, le gouverneur de l'État, Andrew Cuomo, a entrepris de fusionner tous les hôpitaux de la ville (publics comme privés) afin de mutualiser leurs moyens humains et matériels, sous l'égide du ministère de la Santé de l'État et il a nommé une équipe chargée de leur coordination.

Tableau 1. La répartition des hôpitaux par statut

	Nombre	%
Nombre d'hôpitaux locaux	5 198	84,6
- privés à but non lucratif	2 937	47,8
- privés à but lucratif	1 296	21,1
- publics (États et collectivités locales)	965	15,7
Nombre d'hôpitaux du gouvernement fédéral	209	3,4
Nombre d'hôpitaux psychiatriques	616	10,0
Autres	123	2,0
Nombre total d'hôpitaux aux États-Unis	6 146	100

Source : AHA (2020a).

11. HCA Healthcare et CommonSpirit Health, les deux premières chaînes hospitalières, gèrent plus de 200 hôpitaux sur l'ensemble du territoire. La première est à but lucratif et cotée en bourse ; la seconde, d'origine catholique, est à but non lucratif. Ces chaînes hospitalières emploient 44 % des médecins, selon un rapport de Avalere Health and the Physicians Advisory Institute (PAI, 2019).
12. La ville de New York compte 2,7 lits de ce type pour 10 000 habitants, et ce ratio la place au 220^e rang d'un classement de 305 régions hospitalières étudiées par le *Washington Post* et A. Sacarny de l'université de Columbia. Des villes comme la Nouvelle Orléans, Chicago, Baltimore, Nashville, Las Vegas et même Detroit montrent un meilleur ratio que New York : voir S. Dorn « Coronavirus in NY: City's ICU-bed capacity ranks in bottom quarter nationally », *NY Post*, March 28, 2020, <https://bit.ly/2QDPjE5>.
13. L'Armée a converti en quatre jours le centre de congrès Javits à New York en un hôpital doté de 2 900 lits, et le centre de congrès McCormick à Chicago en un hôpital doté de 3 000 lits.

La résurgence du virus durant l'été dans les États du Sud et de l'Ouest du pays a provoqué une forte augmentation du nombre d'Américains hospitalisés, approchant le pic atteint dans l'État de New York à la mi-avril, au plus fort de l'épidémie. Les systèmes hospitaliers de ces États ont été mis sous forte tension. Dans certaines villes du Texas et de Floride, les hôpitaux à saturation ont été obligés de transférer leurs patients vers d'autres destinations et ont exigé de leur personnel soignant en poste des heures supplémentaires et des gardes de nuit pour pallier la pénurie de ressources humaines.

Le personnel des hôpitaux, variable d'ajustement

Contrairement à la situation en Europe, la gestion des ressources humaines dans les hôpitaux a été directement et brutalement impactée par la crise sanitaire. Les hôpitaux ont dû en effet répondre en priorité à l'afflux de malades atteints du Covid-19, dont beaucoup de personnes au chômage ou non assurées. En vertu d'une loi fédérale de 1986 (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act ou EMTALA), les hôpitaux dotés de services d'urgence (soit la quasi-totalité des hôpitaux), qu'ils soient privés ou publics, doivent accepter toute personne nécessitant des soins d'urgence, qu'elle soit assurée ou pas. Le 18 mars, l'administration de la Santé a recommandé que soient suspendues ou annulées pendant la montée de l'épidémie les opérations n'ayant pas un

caractère d'urgence. Dans la plupart des États, les hôpitaux locaux ont dû surseoir ou limiter leurs actes chirurgicaux réputés non urgents (les plus volumineux et les plus lucratifs), en général programmés à l'avance (prothèses de hanches, de genoux, opérations de la cataracte, du cœur, traitements des cancers, etc.) et le plus souvent effectués en ambulatoire (notamment dans des cliniques créées par les hôpitaux à des fins de réduction des coûts), pour traiter en priorité les malades contaminés par le virus¹⁴. Or ces actes sont les plus rémunérateurs et représentent l'essentiel de leurs marges alors que les unités de soins intensifs et les services d'urgence ne sont généralement pas des centres de profit. De surcroît, les hôpitaux ont dû dans un premier temps demander à leur personnel d'effectuer des heures supplémentaires, avant d'être obligés de recourir auprès d'agences spécialisées (voir *supra*) à du personnel temporaire spécialisé en soins intensifs, maladies infectieuses, (notamment des infirmières et infirmiers itinérants ou *travel nurses*), pour accueillir et traiter en urgence l'afflux de patients contaminés, ce qui a occasionné des coûts d'exploitation supplémentaires¹⁵.

Le fait de devoir soigner des personnes incapables de payer la facture, combiné à une hausse de leurs coûts d'exploitation et à la baisse brutale de leur volume d'activités les plus lucratives a entraîné des baisses sévères du chiffre d'affaires des hôpitaux (AHA, 2020b). Cela les a conduits, dans un second temps, à réduire leurs effectifs (par licenciement ou mise à pied) ainsi que le nombre

14. Au total, une trentaine d'États auraient à partir du 15 mars demandé aux hôpitaux d'arrêter ou de restreindre les opérations programmées à l'avance : voir « Some insurers flex balance sheets to help hospitals, doctors amid pandemic », *The Wall Street Journal*, May 3, 2020.

15. Il y a eu notamment une demande très forte d'infirmières et infirmiers les plus qualifiés (*Registered Nurses*), dont le niveau de salaire hebdomadaire a quasiment doublé entre janvier et mars 2020, passant de 1 700 à 3 000 dollars. Les hôpitaux ont également dû s'équiper en matériel médical et de protection supplémentaire dans un contexte de pénurie et de hausse des prix : voir « Covid-19 poses long term impact to non for profit hospitals », *Modern Healthcare*, March 19, 2020.

d'heures de travail et/ou les salaires de leur personnel soignant (médecins, infirmiers et infirmières non directement affectés au traitement du Covid-19), à un moment où ils auraient dû au contraire recruter et former le personnel aux soins intensifs ¹⁶. Selon le Bureau of Labor Statistics (BLS), le secteur de la santé, qui compte pour près de 11 % de l'emploi hors agriculture (dont près d'un tiers dans les hôpitaux), a perdu près d'1 million et demi d'emplois entre mars et avril (en données corrigées des variations saisonnières), affectant principalement les services de soins ambulatoires (-1,2 million) en raison de l'arrêt brutal des opérations non urgentes qui y ont lieu le plus souvent. Les hôpitaux ont quant à eux connu une baisse différée de l'emploi qui a été de moindre ampleur, d'abord en avril (- 126 000) puis en mai de façon atténuée (- 35 000), tandis que les maisons de retraite subissent depuis le mois de mars des réductions continues d'effectifs (- 223 000 entre mars et août) ¹⁷.

Les hôpitaux ruraux sont particulièrement exposés financièrement, notamment dans le Sud du pays où la plupart des États ont refusé d'étendre Medicaid, se privant ainsi d'une source de financement des soins hospitaliers. Certains d'entre eux ont même durci les conditions d'éligibilité à Medicaid à partir de 2018 (Sauviat, 2020). Les États du Sud, gouvernés pour la plupart par des Républicains, n'ont eu de cesse de réduire les budgets du secteur public, notamment ceux des ministères de la Santé et des infrastructures de

soins, accélérant la fermeture des hôpitaux en zone rurale.

Les données de l'OCDE montrent que le nombre de médecins par habitant, tout comme celui des lits d'hôpitaux, est plus faible aux États-Unis que dans nombre de pays européens, ce qui rend plus difficile la réallocation des ressources médicales au traitement du Covid-19. Pour pallier la pénurie de personnel, certains hôpitaux ont été autorisés par les États à faire appel aux professionnels de soins retraités, ou au corps de la réserve médicale, un réseau national de professionnels de santé volontaires mobilisables en cas d'urgence mis en place après les attentats du 11 septembre 2001. L'Université de New York a aussi ouvert la possibilité aux étudiants en médecine désireux de participer aux efforts de soins d'obtenir leur diplôme en anticipation et 70 000 volontaires se sont enrôlés de la sorte. Mais un certain nombre d'obstacles entravent la mobilité des professionnels de santé et la mutualisation des ressources entre États. Les médecins de même que les infirmières et infirmiers ne peuvent théoriquement exercer que dans les États où ils ont obtenu leur licence, sauf exceptions ¹⁸. Il a fallu attendre que Donald Trump déclare l'état d'urgence nationale le 16 mars 2020 pour que l'administration fédérale accepte d'assouplir ces règles professionnelles et pour que les États puissent demander des dérogations. Certains gouverneurs comme ceux du Michigan, de New York et de l'Ohio ont relâché temporairement

16. « Front-line workers face pay cuts amid COVID-19 crunch », *Modern Healthcare*, April 22, 2020 ; D. Scott, « Hospitals are laying off workers in the middle of the coronavirus pandemic », *The Vox*, April 8, 2020, <https://bit.ly/34P9QOs>.

17. <https://www.bls.gov/webapps/legacy/cesbtab1.htm>, consulté le 24 septembre 2020.

18. Dix-sept États à dominante rurale ont adopté une législation (Compact) permettant à leurs professionnels de santé d'exercer dans d'autres États : Alabama, Arizona, Colorado, Idaho, Illinois, Iowa, Minnesota, Montana, Nevada, New Hampshire, Kansas, Mississippi, Dakota du Sud, Utah, Virginie de l'Ouest, Wisconsin et Wyoming.

Encadré 2

L'aide aux acteurs du système de santé dans les différents plans de soutien

Le Congrès a adopté quatre plans de soutien successifs au système de santé entre mars et avril 2020. Un cinquième train de mesures est toujours en cours de négociations au Parlement, opposant la proposition initiale de la Chambre des Représentants (HEROES Act) de 3 400 milliards de dollars (2 881 milliards d'euros) adoptée mi-mai à celle du Sénat (HEALS Act), dévoilée fin juillet mais nettement moins généreuse (d'environ 1 000 milliards de dollars, soit 847 milliards d'euros). Cette dernière, ramenée début septembre à 300 milliards de dollars (soit 257 milliards d'euros), n'a pas reçu la super majorité nécessaire à son adoption (60 voix) lors de son vote le 10 septembre dernier. Compte tenu de l'écart subsistant après ces deux propositions réaménagées¹, il est probable qu'aucun vote n'aura lieu au Congrès avant l'élection présidentielle de novembre 2020.

- Le Coronavirus Preparedness and Response Supplemental Appropriations Act (CPRSA), adopté le 6 mars, attribue une aide d'urgence de 8 milliards de dollars (7 milliards d'euros), destinée principalement à renforcer les agences de santé publique (CDC, FDA notamment, voir *infra*).

- Le Families First Coronavirus Response Act (FFCRA) est voté peu de temps après, le 18 mars. Il est surtout destiné à parer au plus pressé face à la hausse brutale du chômage. Il accorde 14 jours de congés maladie rémunérés à toute personne atteinte du Covid-19, étend l'aide alimentaire pour les pauvres et prévoit des ressources supplémentaires pour le financement des tests de dépistage, les rendant gratuits sous certaines conditions. Le coût de l'ensemble des mesures est estimé à 192 milliards de dollars (163 milliards d'euros).

- Le Coronavirus Aid, Relief, and Economic Security Act (CARES), qui s'élève à 1 721 milliards de dollars (1 900 milliards d'euros), est adopté le 27 mars. Il s'agit du plan d'aide le plus massif de toute l'histoire américaine : il équivaut à plus de deux fois le montant du plan de relance de 2009. Dans ce plan, 100 milliards de dollars (85 milliards d'euros) sont réservés aux hôpitaux pour compenser leur baisse d'activité et la chute de leur chiffre d'affaires. Sont instaurées deux semaines de congés maladie rémunérés à 100 % pour les travailleurs atteints du Covid-19, des congés maladie rémunérés temporaires pour les travailleurs des entreprises de moins de 500 salariés ainsi que 12 semaines de congé parental pour les familles qui doivent prendre soin de leurs enfants.

- Le Paycheck Protection Program and Healthcare Enhancement Act (PPPHEA), adopté le 24 avril, attribue 75 milliards de dollars (64 milliards d'euros) de dotations supplémentaires aux hôpitaux et 25 milliards de dollars (21 milliards d'euros) pour améliorer les capacités de dépistage sur un total de 483 milliards de dollars (410 milliards d'euros).



Au total, le coût des mesures d'aide adoptées par le Congrès en l'espace de deux mois est estimé à environ 13 % du PIB, sans compter les injections de liquidités par la Federal Reserve. Sur ce total, les hôpitaux ont bénéficié de 175 milliards de dollars (148 milliards d'euros) mais la répartition de cette aide a été très inégale, favorisant plutôt ceux à but lucratif (Schwartz, Damico, 2020).

1. Les Démocrates à la Chambre des Représentants ont accepté de ramener entretemps leur proposition initiale à 2200 milliards de dollars (1883 milliards d'euros) au lieu de 3400 milliards de dollars, après discussion avec l'administration Trump.

ces exigences pour attirer des professionnels de santé d'autres États.

En revanche, le gouvernement fédéral n'a pas modifié sa politique restrictive de visas vis-à-vis des médecins étrangers désireux d'exercer aux États-Unis, alors que le système de santé américain repose largement sur une main-d'œuvre professionnelle d'origine étrangère. Les médecins qui ont obtenu leur diplôme à l'étranger et dont la plupart exercent grâce à des visas temporaires d'immigration représentent en effet 25 % de la profession aux États-Unis (American Immigration Council, 2020). Mais avec ce système, ils sont totalement dépendants de leur employeur et n'ont aucune mobilité. Quant aux infirmières et infirmiers étrangers, il n'existe aucun visa d'entrée particulier et malgré la pénurie qui sévit dans la profession, ces derniers doivent faire une demande pour obtenir le statut de résident permanent (*green card*), un processus très long qui se compte en années. Certains États ont pu néanmoins relâcher des restrictions pour lutter contre la pénurie de professionnels : le New Jersey a décidé d'accorder des licences temporaires d'exercice de la profession aux médecins étrangers résidant dans l'État. L'État de New York a accepté que les étudiants diplômés des écoles de médecine à l'étranger soient autorisés à traiter des patients après un an de résidence au lieu de trois habituellement.

La pénurie de personnel soignant s'est combinée avec celle de matériel médical et d'équipements de protection, aggravée par une administration fédérale affaiblie et une absence de coordination avec les autorités locales (États et municipalités), s'agissant de la mobilisation et de la répartition de ces biens entre hôpitaux.

Pénurie de matériel et d'équipement médical, logiques de marché et concurrence entre États face à une administration fédérale défailante

Aux États-Unis, l'autorité en matière de santé publique est, comme on l'a déjà souligné, historiquement dévolue aux États qui, chacun, de même que chaque grande ville, possèdent un ministère de la Santé. En conséquence, la responsabilité de sa gestion a reposé largement sur les élus locaux (gouverneurs et maires). Cependant, le rôle du gouvernement fédéral n'est pas négligeable. Il constitue globalement la première source de financement de la santé publique des États et des collectivités locales (Trust for America's Health, 2020). Ce rôle s'exprime notamment à travers trois de ses principales agences en charge de la santé publique en cas d'épidémie : le Centers for Disease Control and Prevention (CDC), qui joue un rôle clé en matière de prévention (des) et d'information (sur les)

maladies infectieuses ; la Food and Drug Administration (FDA), qui est chargée du contrôle des denrées alimentaires, des médicaments, du matériel médical (y compris les tests de dépistage) et autorise leur mise sur le marché ; la Biomedical Advanced Research and Development Authority (BARDA), créée en 2006 au sein du ministère de la Santé pour préparer les réponses sanitaires en cas d'attaques biologiques et nucléaires ainsi que d'épidémies. Cette agence est responsable de coordonner la production, l'acquisition et la fourniture de matériel médical et de veiller au niveau des réserves du Strategic National Stockpile. Parallèlement, le Président a le pouvoir de réquisitionner les entreprises privées pour produire le matériel et l'équipement nécessaires en cas d'urgence nationale, en activant le Defense Production Act (DPA), une loi adoptée lors de la guerre de Corée.

Une administration fédérale dysfonctionnelle, en l'absence de leadership

Mais d'une part, les tensions au sein de l'administration fédérale associées au sous-financement chronique de la santé publique depuis plusieurs décennies (Trust for America's Health, 2020) ont entravé l'action de ces trois agences fédérales. Le CDC, qui jouit pourtant d'une réputation comparable à celle de ses pairs européens (Sparer, Beaussier, 2018), a perdu trois semaines au début de l'épidémie avant de pouvoir procurer à ses 95 laboratoires publics et aux hôpitaux universitaires des tests fiables à cause d'un composant défectueux, empêchant un dépistage précoce et massif de la population. Par la suite, son rôle central d'émission de recommandations au public face à la crise sanitaire ainsi que de collecte des données épidémiologiques

a été totalement marginalisé, voire nié par la Maison Blanche, dont la *task force* mise en place par le Président Donald Trump a été en proie à de nombreux conflits internes. La FDA a de son côté tardé à valider la diffusion des tests de dépistage développés par les laboratoires universitaires et les laboratoires privés, aggravant la pénurie face à l'urgence sanitaire. Quant à la BARDA, son directeur a été limogé en avril 2020, non sans avoir préalablement signalé le stock insuffisant de masques, de tests de dépistage et de respirateurs artificiels avant l'épidémie, des avertissements ignorés par le ministère de la Santé.

D'autre part, les logiques de marché (recherche de profits à court terme, concentration, optimisation fiscale et financiarisation des entreprises) ont eu raison de la capacité des institutions publiques de santé à se préparer à l'épidémie, notamment de celle de la BARDA empêchée de reconstituer la réserve de respirateurs artificiels comme prévu (encadré 3).

Enfin, Donald Trump n'a fait qu'invoquer le DPA comme menace dans des tweets sans vraiment utiliser les pleins pouvoirs que confère cette loi, qui autorise le gouvernement fédéral à coordonner la production industrielle de secteurs entiers et à assurer de la sorte la chaîne d'approvisionnement de produits critiques. L'action du Président s'est en effet bornée à demander le 7 avril au groupe 3M, le premier producteur américain (et mondial) de masques N95 destinés au personnel soignant, de vendre 167 millions de ces masques au gouvernement fédéral dans les trois prochains mois. Il a aussi négocié des accords avec les constructeurs automobiles, General Motors et Ford, pour fabriquer des respirateurs artificiels, les conduisant à

Encadré 3

Le gouvernement fédéral, confronté aux logiques de marché et de financiarisation des entreprises

Le gouvernement fédéral fait dès 2007 le constat d'une pénurie de respirateurs artificiels après les épidémies de SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère), de SRMO (syndrome respiratoire du Moyen-Orient) et de gripes. Un plan est prévu, géré par la BARDA sous le nom de code « Aura », pour reconstituer les stocks détenus dans les entrepôts gouvernementaux du Strategic National Stockpile (Dayen, 2020). À cette fin, l'administration Bush passe en 2008 des appels d'offre auprès d'entreprises du secteur privé pour fabriquer une nouvelle génération de respirateurs, qu'elle veut portables, faciles d'usage et à faible coût (moins de 3 000 dollars, soit 2 550 euros pièce). Une PME californienne innovante (Newport Medical Instruments – NMI) est retenue, qui accepte de fournir 40 000 respirateurs au prix demandé par l'administration pour construire sa réputation et s'en servir comme levier pour gagner de futurs marchés publics. En 2011, elle fournit trois prototypes à l'administration Obama et attend leur approbation pour se lancer dans la production en masse des respirateurs. Mais NMI est rachetée en 2012 par un grand groupe américain de matériel médical coté en bourse (Covidien), qui fabrique des ventilateurs traditionnels. Ce groupe n'a pas d'intérêt à développer le nouveau modèle, concurrent du sien, au risque d'éroder ses profits. Il commence donc par obtenir des fonds supplémentaires et un prix plus élevé du gouvernement fédéral pour développer le produit, avant d'annoncer à la BARDA qu'il souhaite sortir du contrat, ce qui oblige cette dernière à trouver un autre partenaire pour relancer son projet. Covidien est racheté à son tour en 2015 par Medtronic, le premier groupe américain (et mondial) de matériel médical, qui transfère à cette occasion son siège social en Irlande dans un but d'optimisation fiscale et dissout l'équipe de recherche de Covidien (Lazonick, Hokins, 2020). La BARDA se tourne vers une filiale américaine de Philips dans la seconde moitié de 2014 et signe un nouveau contrat pour la livraison de 10 000 ventilateurs attendue en août 2020. Entre temps, l'épidémie de Coronavirus a explosé.

reconvertir certaines de leurs usines à cet effet. Mais les interventions de Donald Trump n'auront abouti qu'à accélérer la production de ces produits critiques, sans modifier les stratégies des firmes.

Des pénuries d'équipements gérées localement, au cas par cas

Les pénuries d'équipements de base ont été le lot commun de la plupart des

hôpitaux (thermomètres, respirateurs artificiels, masques, tenues de protection, etc.) et le personnel soignant s'est vu parfois obligé de recycler certains équipements (masques, blouses) pour se protéger contre le virus ¹⁹. L'agence fédérale chargée de la sécurité et de la santé au travail, l'Occupational Safety and Health Administration, n'a émis que des

19. L'association des infirmières et infirmiers de l'État de New York a attaqué le ministère de la Santé de l'État et deux chaînes hospitalières en justice pour mise en danger des vies des personnels soignants ayant été en contact avec les malades.

recommandations générales en direction des employeurs en matière de protection de leurs salariés. Elle n'a effectué que très peu de contrôles sur site par rapport aux milliers de plaintes reçues, les plus nombreuses provenant des travailleurs du secteur de la santé. Des soignants ayant dénoncé le manque de protections ont été suspendus ou licenciés ²⁰. Des actions de mobilisation syndicale ont eu lieu ici et là pour dénoncer cette situation de pénurie, réclamer de meilleures protections, voire des primes de risque pour les travailleurs exposés, y compris pour les travailleurs à bas salaire qui n'exercent pas de fonction de soins. Mais l'épidémie a été peu propice aux conflits ²¹. Le syndicalisme dans le secteur de la santé est en outre éclaté entre plusieurs organisations concurrentes (SEIU, UFCW, Teamsters, NNU, etc.) et les directions syndicales ont été peu audibles. Le plus actif a sans doute été le syndicat national des infirmiers et infirmières, National Nurses United (NNU), qui a dénoncé les conditions de travail du personnel soignant, sachant qu'il y a eu de nombreux cas de contamination et de victimes parmi les travailleurs de la santé ²². Ce syndicat revendique depuis des années avec constance un système de santé universel et de payeur unique (Medicare for All).

La Maison Blanche n'a mis en place aucun plan global pour coordonner l'envoi de matériel et de personnel soignant

dans les États les plus affectés. Pire, le Président Donald Trump a renvoyé aux gouverneurs des États la responsabilité de sécuriser le matériel médical nécessaire pour combattre l'épidémie. Ces derniers, de même que les villes et les hôpitaux, se sont en conséquence livrés à une concurrence féroce pour acquérir les équipements de protection nécessaires, en utilisant tous les moyens possibles, parfois à leurs dépens car la qualité attendue n'a pas toujours été au rendez-vous. Et chacun a dû se débrouiller à travers du maquis existant de laboratoires publics et privés pour le dépistage, d'entreprises privées, parfois étrangères (le plus souvent chinoises) et d'une pléiade de nouveaux entrants, pas toujours fiables, sur les marchés du matériel médical (respirateurs artificiels) et des équipements de protection (masques, etc.).

Enfin, la pénurie de matériel médical et des équipements de protection a révélé aussi des problèmes dans les chaînes d'approvisionnement des entreprises américaines et l'état de dépendance croissante des États-Unis vis-à-vis de l'étranger, en premier lieu de la Chine mais aussi de l'Europe (sans même évoquer ici la dépendance en matière de médicaments). Le déficit commercial relatif aux produits identifiés comme critiques dans la lutte contre le Covid-19 a doublé entre 2012 et 2018, passant de 7 à 14 % du PIB (Leibovici *et al.*, 2020). Or la capacité des États-Unis à accélérer les importations

20. L'American Federation of Labor – Congress of Industrial Organizations (AFL-CIO, Fédération américaine du travail) a d'ailleurs engagé une poursuite judiciaire contre l'agence pour l'obliger à émettre une recommandation d'urgence exécutoire par les employeurs face à l'épidémie de Covid-19.

21. Il a fallu attendre fin juillet 2020 pour qu'une grève de cinq jours ait lieu dans un hôpital en Californie, à l'occasion du renouvellement de l'accord collectif négocié par des travailleurs syndiqués de l'établissement au National Union of Healthcare Workers (UHW), un syndicat indépendant issu d'une scission avec le SEIU en 2009, qui représente 15 000 travailleurs de la santé dans l'État de Californie.

22. Au 30 septembre, le CDC comptabilisait 726 morts et 167 888 cas de contamination parmi les travailleurs de la santé ; voir CDC Covid Data Tracker.

de ces biens est problématique dans la mesure où les pays exportateurs doivent répondre prioritairement à leurs propres besoins pour combattre l'épidémie et où Donald Trump a par ailleurs pris des mesures de restriction sur les exportations américaines d'équipements de protection (masques et gants). En même temps, il est clair que le Président n'a aucunement l'intention de réduire cette dépendance en incitant les entreprises à une relocalisation de leurs activités. Au contraire, sa réforme fiscale de décembre 2017 encourage les délocalisations et la fragmentation des chaînes de valeur en imposant les profits réalisés par les entreprises américaines à l'étranger moitié moins que ceux réalisés aux États-Unis (Sauviat, 2018).

Des initiatives ont cependant pu voir le jour au niveau des États pour apporter une réponse industrielle locale aux ruptures des chaînes d'approvisionnement. Au Massachusetts, une agence de l'État en charge du développement technologique et de l'innovation a mis en place une équipe pluridisciplinaire composée de volontaires issus de la recherche, de l'ingénierie, de l'industrie manufacturière et des institutions de santé publique. Cette équipe a réussi à constituer une chaîne d'approvisionnement locale pour la fabrication de plusieurs produits homologués par la FDA (masques, blouses, désinfectants, tests de dépistage, respirateurs artificiels) et à faire en sorte que le personnel soignant dans l'État ne manque ni de matériel ni d'équipements pour soigner les malades atteints du Covid-19 (Zeidel *et al.*, 2020).

Conclusion

Les autorités publiques n'ont pas été en mesure d'apporter une réponse collective, face à un système de santé balkanisé

où les hôpitaux privés représentent la majeure partie de l'offre hospitalière. Les États ont été au centre des initiatives et ont dû faire avec une coordination fédérale chaotique et défaillante au plus haut niveau. L'Obamacare, qui a conforté la primauté des compagnies d'assurance dans le financement de la santé, a peu touché à l'organisation des soins en tant que telle. Si le gouvernement finance la moitié des dépenses de santé à travers les assurances publiques (Medicare et Medicaid principalement) et indirectement les hôpitaux par ce biais, il n'a pas la main sur le système hospitalier. Et actuellement, ni Donald Trump à l'évidence, ni son concurrent démocrate Joe Biden, ex-vice-président de Barack Obama et candidat à l'élection présidentielle de novembre 2020, ni même les États n'envisagent de transformer radicalement le système hospitalier et plus largement le système de santé, en imposant une quelconque régulation des prix.

Joe Biden suggère tout au plus d'améliorer l'existant et de consolider l'Obamacare, en ajoutant une assurance publique accessible aux individus et aux PME, y compris aux personnes à bas revenu dans les États ayant refusé d'étendre Medicaid suite à l'Obamacare mais sans toutefois l'ouvrir aux travailleurs déjà couverts par leur employeur. Il a en revanche proposé de consolider le rôle du gouvernement fédéral dans la gestion de la crise sanitaire, en renforçant le nombre de personnes dédiées au traçage des personnes contaminées et en créant de nouvelles entités fédérales pour superviser la distribution de tests de dépistage.

Les organisations professionnelles (médecins, hôpitaux, compagnies d'assurance) ont toujours exercé un puissant *lobbying* contre toute tentative de réforme visant à introduire un système de santé universel

aux États-Unis depuis les années 1940. Aucun autre secteur que celui de la santé n'a dépensé plus d'argent pour influencer les parlementaires qui votent les lois et pour discréditer la « médecine socialisée » auprès du public. Ces acteurs ont ainsi puissamment contribué à renforcer la croyance selon laquelle l'État fédéral devait être tenu à distance dans l'organisation et le financement des soins (même si cette croyance ne correspond pas à la réalité des faits s'agissant du financement).

Cette épidémie aura ainsi mis au jour de manière flagrante les apories chroniques du système de santé (coût exorbitant, fortes inégalités d'accès, sous-financement de la santé publique, etc.) mais aussi les failles du fédéralisme américain dans sa capacité à gérer une crise sanitaire de cette ampleur qui se sont illustrées tout particulièrement dans l'impéritie du *leadership* présidentiel. Les autorités de santé publique ont été marginalisées, leurs experts scientifiques discrédités auprès de la population américaine. L'affaire du port du masque, en devenant un objet de division partisane, est révélatrice du climat de suspicion instauré par le Président et son administration. Cette épidémie aura été néanmoins l'occasion d'une intervention sans précédent de l'État fédéral dans son financement. La question est de savoir si cette expérience de « Big Government » laissera des traces. Si de manière générale les transformations radicales des systèmes de santé et de protection sociale sont rares et ne se produisent qu'à des moments exceptionnels de l'histoire qui élargissent soudainement l'horizon des possibles, on peut penser que l'épidémie de coronavirus, par son impact, est de ceux-là. Pour autant, il est peu probable que l'opinion publique américaine soit prête à des bouleversements tels que l'instauration d'un système universel de santé,

au programme du candidat sortant aux primaires démocrates, Bernie Sanders mais pas à l'agenda de l'AFL-CIO, ou à une nationalisation du système de santé (hôpitaux en particulier). Mais cette expérience tragique aura peut-être comme conséquence – non négligeable dans le cas étasunien – de rendre l'Obamacare incontournable après en avoir démontré à la fois les effets bénéfiques et les limites, voire d'ouvrir progressivement la voie à un système de payeur unique en commençant par étendre Medicaid à tous les États.

Achevé de rédiger le 30 septembre.

Sources :

AHA (2020a), *Fast Facts on US Hospitals*, American Hospital Association, March, <https://www.aonl.org/statistics/fast-facts-us-hospitals>.

AHA (2020b), *Hospitals and Health Systems Face Unprecedented Financial Pressures Due to COVID-19*, American Hospital Association, May, <https://bit.ly/3lqqqWI>.

American Immigration Council (2018), « Foreign-Trained Doctors are critical to Serving Many US Communities », January 7, <https://bit.ly/2YP22by>.

Berchick E.R., Barnett J.C., Upton R.D. (2019), *Health Insurance Coverage in the United States: 2018*, United States Census Bureau, November, <https://bit.ly/2FYfSSe>.

Chapin C.F. (2015), *Ensuring America's Health – The Public Creation of the Corporate Health Care System*, Cambridge, Cambridge University Press.

Chua K-P, Conti R. (2020), « Despite the Families First Coronavirus Response Act, Covid-19 Evaluation Is Not Necessarily Free », *Health Affairs*, April 17, <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20200413.783118/full/>.

Dayen D. (2020), « Unsanitized: Covidien's story is corporate America's story », *The American Prospect*, March 30, <https://bit.ly/2QwwOI5>.

Garrett B., Gangopadhyaya A. (2020), *How the COVID-19 Recession Could Affect Health Insurance Coverage*, Urban Institute, May 4, <https://urban.is/3hCCOEt>.

- Gee E. (2019), *The High Price of Hospital Care*, Center for American Progress, June 26, <https://ampr.gs/2YL5jZg>.
- Gould E., Wilson V. (2020), *Black Workers Face Two of the Most Lethal Preexisting Conditions for Coronavirus – Racism and Economic Inequality*, Economic Policy Institute, June 1, <https://www.epi.org/publication/black-workers-covid/>.
- KFF (2019), *Employer Health Benefits. 2019 Annual Survey*, The Kaiser Family Foundation, San Francisco, <https://bit.ly/32AB07q>.
- Klein J. (2003), *For All These Rights: Business, Labor, and the Shaping of America's Public-Private Welfare State*, Princeton, Princeton University Press.
- Lazonick W., Hopkins M. (2020), « How "Maximizing Shareholder Value" Minimized the Strategic National Stockpile: The \$5.3 Trillion Question for Pandemic Preparedness Raised by the Ventilator Fiasco », *Working Paper*, n° 127, Institute for New Economic Thinking, July 21, <https://bit.ly/2QYJyKf>.
- Leibovici F., Santacreu A.M., Peake M. (2020), *How Much Does the US Rely on Other Countries for Essential Medical Equipment?*, Federal Reserve Bank of St Louis, April, <https://bit.ly/32sldrm>.
- Moran M. (2000), « Understanding the Welfare State: The case of health care », *The British Journal of Politics and International Relations*, vol. 2, n° 2, p. 135-160, <https://doi.org/10.1111/1467-856X.00031>.
- PAI (2019), *Updated Physician Practice Acquisition Study: National and Regional Changes in Physician Employment 2012-2018*, Avalere Health and Physicians Advocacy Institute, February, <https://bit.ly/3bd8rm0>.
- Sauviat C. (2018), « États-Unis : une réforme fiscale au profit des entreprises et des particuliers les plus riches », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 161, mars, p. 25-35, <https://bit.ly/2UWv5sf>.
- Sauviat C. (2020), « États-Unis : vers une re-définition accélérée des programmes de Welfare sous la présidence de Donald Trump », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 169-170, mars-juin, p. 68-78, <https://bit.ly/3baH63H>.
- Schwartz K., Damico A. (2020), « Distribution of CARES Act Funding Among Hospitals », *Kaiser Family Foundation*, May 13, <https://bit.ly/3hMltZS>.
- Sparer M.S., Beaussier A.-L. (2018), « Public health in a cross-national lens: The surprising strength of the American system », *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 43, n° 5, p. 825-846, <https://doi.org/10.1215/03616878-6951175>.
- The Chartis Center for Rural Health (2020), *The Rural Health Safety Net Under Pressure: Rural Hospital Vulnerability*, February, <https://bit.ly/31GkLry>.
- The Rockefeller Foundation (2020), *National Covid-19 Testing & Tracing Action Plan*, July 16, <https://bit.ly/30N100y>.
- Trust for America's Health (2020), *The Impact of Chronic Underfunding on America's Public Health System: Trends, Risks, and Recommendations, 2020*, April, <https://bit.ly/3gJmWiq>.
- Zeidel M.L., Kirk C., Linville-Engler B. (2020), « Opening up new supply chains », *New England Journal of Medicine*, vol. 382, n° 21, e73, <https://doi.org/10.1056/NEJMc2009432>.
- Presse économique et financière : *The Wall Street Journal, The New York Times, The Washington Post, The Economist*.