

## Etats-Unis

### Un système de santé en crise ... bien que privatisé !

Catherine SAUVIAT

Aux Etats-Unis, la santé est d'abord un marché. En l'absence d'une couverture obligatoire et universelle, le financement et la fourniture des soins reposent en effet principalement sur le secteur privé de même que les prix des médicaments ne sont soumis à aucun contrôle. L'assurance publique y a été instaurée tardivement (1965) et n'offre qu'une couverture partielle, circonscrite à des populations spécifiques dans le cadre de deux programmes fédéraux : l'un s'adresse aux pauvres (*Medicaid*) et l'autre aux personnes âgées de 65 ans et plus ainsi qu'aux handicapés (*Medicare*). En conséquence, la grande majorité des Américains dépend d'une assurance volontaire, accessible principalement à travers l'emploi. De même les congés maladie, dont le principe est obligatoire depuis 1993, restent à la discrétion de l'employeur quant à leur financement (apRoberts, 1993) et seule la moitié des travailleurs américains en bénéficie.

Selon la vulgate libérale, le secteur privé concurrentiel est supposé contrôler les coûts et gérer l'utilisation des services de santé mieux que ne le ferait le secteur public. La réalité américaine est tout autre : d'une part, les coûts de gestion du secteur privé sont cinq à six fois supérieurs à ceux des programmes fédéraux<sup>1</sup> ; d'autre part, le système de santé absorbe aujourd'hui 15 % du PIB, soit près du double de celui des autres pays de l'OCDE, alors que les indicateurs sur l'état de santé des Américains offrent en comparaison internationale des performances médiocres (OCDE, 2002) et que la qualité des soins y est hétérogène, voire préoccupante. Mais surtout, 45 millions d'Américains sont dépourvus de toute couverture maladie. Enfin, la progression des coûts de l'assurance maladie, notable depuis les années 1970, a connu une accélération forte ces dernières années, devenant l'enjeu majeur et le plus sensible des négociations collectives d'entreprise (Fondeur et Sauviat, 2003).

---

1. Les coûts de gestion de *Medicare* tournent autour de 2 % (1,7 % en 2002) tandis que ceux des organismes de santé privés oscillent entre 9 et 15 %, d'après les estimations les plus courantes.

## ETATS-UNIS

C'est donc avant tout l'image d'un système de santé en crise qu'offre le modèle américain depuis plusieurs décennies, un système certes à la pointe de la technologie médicale mais accessible seulement à une partie de la population et dont les tentatives successives de réforme globale et de contrôle des coûts ont jusqu'à présent toutes échoué sur la durée. C'est finalement à G. W. Bush qu'il revient d'avoir mis en œuvre la plus importante réforme du système d'assurance publique depuis sa création, en signant la loi de modernisation de *Medicare* en décembre 2003. Mais cette loi est loin d'être à la hauteur des enjeux auxquels le système de santé américain est confronté. Si elle représente un progrès indéniable dans la mesure où elle propose pour la première fois un remboursement (partiel) des médicaments prescrits par ordonnance en consultation externe, elle accroît le coût d'une des dépenses d'ores et déjà les plus dynamiques du budget fédéral sans pour autant offrir aux Américains la couverture universelle et l'accès aux soins qu'ils seraient en droit d'attendre en tant que citoyens de la première puissance économique mondiale.

Les syndicats et l'AFL-CIO portent une responsabilité historique dans cette situation carentielle. Promoteurs car acteurs des régimes de prévoyance professionnels aux côtés des employeurs, ils ont longtemps défendu leurs prérogatives et combattu toute tentative de remise en cause du système privé de couverture maladie d'entreprise. L'AFL-CIO a toujours évité de se prononcer publiquement et sans équivoque en faveur d'un système universel et de payeur unique, malgré le ralliement à ce modèle de certaines de ses fédérations les plus importantes (Gott-

shalk, 2000). Bien que défendant l'assurance publique, la centrale syndicale n'a jamais su (ou voulu) donner de la voix dans le débat national et prôner une réforme radicale et d'envergure du système de santé. La campagne électorale de 2004 a remis cette question à nouveau au premier plan. Elle n'aura guère fait l'objet d'un débat public nourri contrairement aux élections précédentes, même si elle a cristallisé les divergences les plus manifestes entre les deux candidats au plan domestique. Et l'AFL-CIO a laissé passer l'occasion de faire entendre une voix spécifique, plus encline à adopter un profil bas et une attitude de suivisme sur cette question qu'à jouer un rôle moteur en vue d'élargir le débat public.

---

### **Un système archaïque et discriminant de couverture maladie**

Des dispositions légales adoptées durant la Deuxième guerre mondiale accordent une déduction fiscale aux employeurs qui proposent une assurance maladie à leurs salariés. La législation de l'immédiat après-guerre (loi Taft Hartley) achève de favoriser ce système quasi féodal de protection sociale, qui assujettit la couverture maladie à la relation d'emploi. En accordant une place aux syndicats dans la gestion de ce système, cette législation les encouragera à le défendre au détriment d'une assurance publique universelle. C'est en effet l'un des seuls lieux d'exercice du pouvoir syndical lorsqu'ils sont implantés dans une entreprise, puisqu'ils ne jouent aucun rôle dans la gestion du système de santé publique, du ressort exclusif de l'administration fédérale et des Etats.

### **Une couverture liée à l'emploi et dépendante de l'employeur**

Jusqu'à aujourd'hui, la majorité des Américains (60 %) sont assurés au travers de leur emploi, dans le cadre d'une assurance privée de groupe négociée volontairement par l'employeur pour ses salariés et ses ex-salariés (retraités de l'entreprise ou de l'administration) ainsi que leur famille à charge. L'assurance publique ne couvre quant à elle qu'un peu plus du quart de la population tandis que l'assurance individuelle, prise à l'initiative de la personne, en concerne moins de 10 %. Vu que l'assurance maladie est à l'initiative de l'employeur (ou du ressort de la négociation collective dans les cas où il y a implantation syndicale) et qu'elle reste facultative pour le salarié, tous les Américains ne sont pas assurés, loin s'en faut (tableau 1).

Si la proportion des salariés couverts est élevée dans le secteur public (87,2 %), elle varie dans le secteur privé en fonction de la taille des entreprises : proche de celle du secteur public dans les entrepri-

ses de plus de 1 000 salariés (81 %), elle décroche fortement dans le cas des entreprises de moins de 10 salariés (50,1 %) et accuse de fortes disparités au sein même de ces établissements selon les catégories et les statuts professionnels, l'âge, le niveau d'études, etc. (EBRI, 2003). D'autre part, le taux de couverture santé lié à l'emploi a accusé, ces quinze dernières années, une baisse qui illustre la fragilité de ce système : il est passé de 70,1 à 60,4 % entre 1987 et 2003. Les travaux de Glied *et al.* (2003) montrent en outre que cette baisse a affecté plus particulièrement les salariés des grandes entreprises (de plus de 500 salariés), dont le taux de couverture a décliné de 71 à 66 % entre 1987 et 2001, tandis que celui des salariés PME baissait seulement d'un point (de 64 à 63 %) et que celui des travailleurs dans les petites entreprises restait quasiment stable (environ 40 %). Selon ces auteurs, la baisse serait principalement imputable au déclin du taux de syndicalisation et à celui de l'emploi manufacturier.

**Tableau 1. Les différentes sources de financement de la couverture maladie en 2003 \***

Sources	En millions de personnes	En %
Assurance privée volontaire	197,8	68,6
Dont : <i>Entreprises</i>	174	60,4
<i>Individus</i>	26,5	9,2
Dispositifs publics	76,8	26,6
Dont : <i>Medicare</i>	39,5	13,7
<i>Medicaid</i>	35,6	12,4
Population assurée	243,3	84,4
Population non assurée	45	15,6
Population résidente	288,3	100

\* La population assurée ne correspond pas au total du nombre d'assurés par source en valeur absolue comme en pourcentage du fait de doubles comptages : certains assurés sont éligibles à *Medicare* et à *Medicaid* (environ 7 millions de personnes sont dans ce cas) ou disposent d'une assurance privée qui complète *Medicare*, tandis que d'autres possèdent une assurance professionnelle tout en étant assurés individuellement.  
Source : US Census Bureau (2004).

**15 % de « laissés pour compte »**

Ceux qui peuvent avoir accès à une assurance dans un cadre professionnel adhèrent en général aux régimes de prévoyance maladie de leur entreprise, les autres n'ayant comme seule alternative que l'assurance individuelle : comme ce sont en général des travailleurs pauvres, des personnes trop malades pour pouvoir travailler ou en partie retraitées, ou encore qui changent d'emploi fréquemment ou occupent un emploi saisonnier, le coût de leur couverture est prohibitif car ils sont dépourvus de toute aide (de leur employeur ou de l'Etat). Aussi, en raison du fonctionnement propre au marché concurrentiel d'assurances de type volontaire, 45 millions d'Américains vivent aujourd'hui sans couverture médicale, soit 15,6 % de la population dont presque tous ont moins de 65 ans. Parmi eux, 46 % travaillent à temps plein et 70 % appartiennent à des familles dont au moins l'un des membres travaille à temps plein, sans pour autant bénéficier de cette couverture, soit parce qu'ils exercent une profession libérale ou ont un statut de travailleur indépendant et que le coût de l'assurance est trop élevé, soit parce que l'entreprise dans laquelle ils travaillent est trop petite et que leur employeur ne peut (ou ne veut) pas payer la prime d'assurance, soit parce qu'ils n'y sont pas éligibles, soit enfin parce que leur salaire est trop faible pour qu'ils puissent participer au financement de cette prime.

Le nombre de ces non-assurés est en augmentation, même si leur estimation diffère selon la méthode utilisée<sup>1</sup>. De fait, selon leur situation d'emploi liée à la conjoncture, des milliers d'Américains ne cessent chaque année d'obtenir, de changer ou de perdre leur couverture santé, alourdissant les coûts de gestion des dispositifs d'assurance privée. La perte d'emploi a donc un coût particulièrement élevé pour les salariés américains, puisqu'elle entraîne en même temps celle de leur couverture maladie, signe de vulnérabilité et de dépendance vis-à-vis des employeurs.

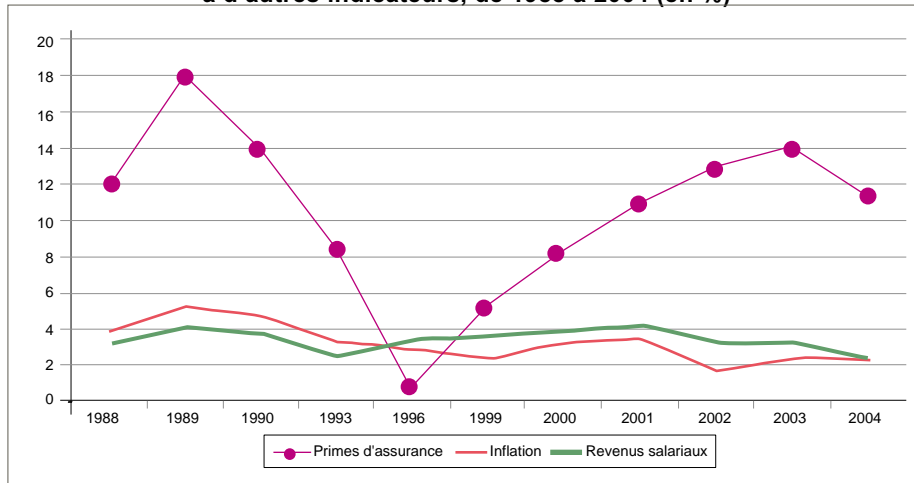
**Des primes d'assurance en hausse, de plus en plus à la charge des salariés**

Les primes d'assurance maladie ont connu une croissance rapide dans la deuxième moitié des années 1990, après avoir accusé une baisse importante de 1989 à 1995, relativement aux salaires et à l'inflation (graphique 1).

De nombreux employeurs ont cherché à compenser cette hausse par de moindres augmentations du salaire direct, par la fermeture des régimes de prévoyance maladie à leurs retraités et préretraités, et par un transfert de la charge financière sur les salariés. Les employeurs ont commencé à fermer les régimes de prévoyance maladie à leurs retraités et préretraités à partir de la deuxième moitié des années 1980. Ces pratiques se sont accélérées durant la décennie 90<sup>2</sup>, quand un change-

- 
1. Il existe plusieurs façons de comptabiliser les personnes non assurées : soit durant une période de temps donnée (un an pour le Census Bureau), soit un jour ou une semaine déterminée dans l'année (la mesure la plus couramment utilisée), cf. CBO (2004).
  2. Une enquête menée par Mercer Consulting montre que sur la période 1993-2002, le nombre d'employeurs de plus de 500 salariés offrant une couverture maladie à ses ex-salariés de moins de 65 ans est tombé de 46 à 29 %, et à ceux de 65 ans et plus de 40 à 23 %.

**Graphique 1. Taux de croissance des primes d'assurance comparé à d'autres indicateurs, de 1988 à 2004 (en %)**



Source : d'après Kaiser/HRET (2004).

ment dans les règles comptables a obligé les entreprises à comptabiliser ces prestations en dettes au passif de leur bilan, donnant parfois lieu à des grèves dures (apRoberts, 1990).

Mais surtout, les salariés ont été mis de plus en plus à contribution. Depuis les années 1980, les syndicats, affaiblis, ont multiplié les concessions et accepté, lors du renouvellement des conventions collectives d'entreprise, une participation salariale à la couverture médicale, jusqu'alors du ressort exclusif de l'employeur<sup>1</sup>. Cette contribution n'a fait qu'augmenter depuis lors : elle est passée en moyenne de 8 \$ par mois pour une personne seule et de 54 \$ par mois pour une famille de 4 membres en 1988 à respectivement 47 \$ et 222 \$ en 2004, sachant que la prime moyenne payée globalement

par un employeur pour assurer un salarié se monte à près de 3 700 \$ par an et à 10 000 \$ pour assurer une famille de quatre personnes<sup>2</sup>. Cette tendance signifie clairement une diminution nette du salaire global (direct et indirect) des travailleurs américains.

#### **Une assurance publique tardive, une couverture partielle**

*Medicare* et *Medicaid* constituent les deux principaux programmes fédéraux d'assurance maladie publique, créés en 1965 par amendements à la loi de sécurité sociale de 1935. Ils couvrent en partie les dépenses de santé des laissés pour compte de l'assurance privée (les « mauvais risques » dans le langage des assurances) et comptent pour près d'1/5 des dépenses du budget fédéral (18,6 % en 2002).

1. En 1982, 44 % des travailleurs couverts par un régime de santé professionnel ne participaient pas au financement de cette prime ; ils n'étaient plus que 28 % dans ce cas en 1998 (Gruber & McKnight, 2003).

2. D'après l'enquête de Kaiser/HRET (2004).

**Medicare, couverture basique des personnes âgées et handicapées**

*Medicare* couvre les personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que les personnes gravement handicapées, quel que soit leur niveau de revenu. Ce programme comprend deux types de couverture maladie, l'un obligatoire et l'autre facultatif, fondés sur des financements distincts. Un troisième type de couverture, lui aussi facultatif et issu de la réforme de 2003, assurera la prise en charge partielle des médicaments prescrits en consultation externe à partir de 2006 (encadré 2). En attendant, l'assuré *Medicare* paie au total 25 % des soins médicaux et hospitaliers de sa poche, hors médicaments.

- L'assurance hospitalisation ou HI (*Hospital Insurance*) est financée par une cotisation sociale obligatoire pour tout le secteur privé qui alimente à hauteur de 85 % une caisse dont les actifs sont investis en bons du Trésor (*HI Trust Fund*)<sup>1</sup>. Son taux s'élève globalement à 2,9 %, répartie à parts égales entre employeurs et salariés (1,45 % chacun). Une ancienneté de 10 ans de cotisations est exigée pour avoir accès à cette assurance ou, à défaut, une souscription mensuelle volontaire. Elle couvre les frais d'hospitalisation, mais seulement en partie (paiement d'une franchise annuelle de 876 \$ à l'entrée pour 2004) ; le nombre de journées d'hôpital couvertes est en outre limité à 150 avec une participation journalière de l'assuré au-delà de deux mois ; les séjours en maison de convalescence avec soins infirmiers spécialisés sont quant à eux limités à 100 jours. Cette assurance garantit également les soins à domicile et en

partie les frais occasionnés par un séjour en hospice.

- L'assurance médicale supplémentaire ou SMI (*Supplementary Medical Insurance*) est en revanche facultative et peut être souscrite par tout bénéficiaire de la HI. Elle est financée pour environ 25 % par des primes versées par les bénéficiaires (prime mensuelle de 66 \$ en 2004)<sup>2</sup> et pour les 75 % restants par le budget fédéral. La caisse d'assurance médicale supplémentaire SMI couvre en partie les frais de consultations, les soins à domicile, les analyses de laboratoire. Depuis 2004, le troisième volet du programme a commencé à être mis en place. Il doit couvrir en partie les achats de médicaments prescrits hors hôpital, ce qui n'était pas le cas auparavant (sauf exceptions) mais il ne sera effectif qu'à partir de janvier 2006. Une période de transition est prévue pour 2004 et 2005, au cours de laquelle sera utilisée une carte d'accès subventionnée.

**Medicaid, une assurance pour les pauvres**

*Medicaid* est une assurance gratuite soumise à condition de ressources. Elle est financée conjointement par l'Etat fédéral et les Etats. La contribution fédérale aux Etats est calculée selon une formule annuelle, inversement proportionnelle à leur revenu par tête. Cette participation oscille toujours entre un minimum de 50 % et un maximum de 83 % selon les cas. Le ministère de la Santé et plus précisément l'administration en charge de la gestion de *Medicare* et de *Medicaid* (Centers for Medicare and Medicaid Services) supervisent le programme au ni-

1. Cette cotisation a été étendue aux salariés de l'administration fédérale en 1983.

2. L'administration vient d'annoncer une hausse spectaculaire de cette prime qui doit passer à 78\$ en 2005.

veau fédéral tandis que les Etats au niveau local gèrent leurs propres programmes et rémunèrent les professionnels de santé.

*Medicaid* est caractérisé par sa complexité. Les conditions d'éligibilité, les services couverts ainsi que la méthode et le montant des remboursements sont du ressort des Etats. Aussi la crise fiscale dans laquelle se trouvent la plupart d'entre eux aujourd'hui rend-elle ce programme très vulnérable, lequel représente en moyenne plus de 20 % de leurs dépenses et constitue leur deuxième poste budgétaire après les dépenses d'éducation (OCDE, 2002)<sup>1</sup>. Il a été régulièrement soumis à des restrictions dans les conditions d'éligibilité et les prestations couvertes de même qu'à des réductions de remboursement depuis les années 1990. Ce programme concerne en majorité les enfants (51 % des bénéficiaires ont moins de 19 ans). Il couvrait en 2002 11,6 % de la population américaine mais 40,5 % de ceux dont le revenu est en dessous du seuil fédéral de pauvreté<sup>2</sup>.

---

**Des dépenses de santé  
en croissance rapide,  
une qualité de soins insuffisante**

Les dépenses de santé ont atteint près de 1 600 milliards de \$ en 2002, soit un montant plus de 5 fois supérieur à celui de

1970 en \$ constants (CBO, 2004). Rame-  
nées à la taille de la population, ces mêmes dépenses passaient durant la période de 1 300 \$ à 5 450 \$ par habitant. Relativement au PIB, elles ont plus que doublé : de 7 % en 1970, elles en représentaient 14,9 % en 2002. En soi, cette croissance n'aurait rien de « condamnable », si elle ne s'accompagnait pas d'une certaine détérioration de la qualité des soins.

**Les coûts de gestion de l'assurance  
privée et des médicaments  
en forte croissance**

Ce sont les dépenses hospitalières qui représentent le gros des dépenses de santé en 2002 (31 %), sachant que 60 % de ces dépenses sont constituées par des coûts de main-d'œuvre (i.e. des revenus des professionnels de santé). Compte tenu de leur poids, elles constituent la première source de croissance, même si elles ont connu un ralentissement durant la dernière décennie et une diminution de leur part relative. Elles sont suivies par les frais de consultations auprès des médecins et des cliniques qui, entre 1970 et 2002, ont crû plus vite que les dépenses hospitalières et dont la part respective a augmenté en conséquence de près de 3 points (22 %). Les dépenses privées, malgré une diminution de leur poids relatif, représentent toujours la part majoritaire

- 
1. Les Etats se trouvent dans une situation financière de plus en plus exsangue compte tenu de la politique de réduction des impôts menée par le président Bush et de la baisse des transferts et des investissements fédéraux en résultant. Les 2/3 d'entre eux ont opéré des coupes dans les prestations délivrées par *Medicaid* à cause de leur déficit budgétaire et quasiment la moitié d'entre eux sont en train de geler ou de réduire leurs paiements aux fournisseurs de soins (Hellander, 2003).
  2. Le seuil fédéral de pauvreté est fondé sur un panier de biens alimentaires, indexé sur l'inflation et variable selon la composition du ménage. En 2004, il est fixé à 9 310 \$ de revenu brut annuel pour une personne seule (776 \$ de revenu brut mensuel).

## ETATS-UNIS

des dépenses de santé (54 %) <sup>1</sup>, mais elles ont crû moins rapidement que les dépenses publiques comme le montre le tableau 2.

Les coûts de gestion de l'assurance privée, au 4<sup>e</sup> rang des dépenses de santé, sont ceux qui ont progressé le plus rapidement sur la période (+12 %). Ce poste devance désormais les dépenses de soins de longue durée. Dans un contexte concurrentiel où les compagnies d'assurances cherchent à gagner des parts de marché à grand renfort de frais publicitaires et de prospection commerciale, elles sont contraintes d'engager des frais croissants pour estimer et sélectionner les risques, ainsi que pour procéder au recouvrement des primes provenant d'une diversité de sources. Les dépenses de médicaments ont également crû à un

rythme soutenu sur la période (+11,2 %), même si elles ne représentent globalement que 10 % de l'ensemble des dépenses de santé. Les prix des médicaments ne sont soumis à aucun contrôle public et l'industrie pharmaceutique a le droit de faire de la publicité dans les médias pour les médicaments prescrits sur ordonnance, ce qui contribue à stimuler la demande. Réalisant la moitié de son chiffre d'affaire sur le marché domestique, elle peut ainsi se prévaloir de profits exceptionnels <sup>2</sup>. En l'absence d'un contrôle des prix, chaque compagnie d'assurance négocie pour son propre compte des rabais avec les laboratoires pharmaceutiques (de 20 à 50 %) tandis que ce pouvoir de négociation a été dénié à *Medicare*. Moyennant quoi, plus d'un million d'Américains achètent désormais leurs médicaments

**Tableau 2. Evolution et taux de croissance des principales dépenses de santé par poste (en milliards de \$ et en %)**

Dépenses de santé par poste	1970		2002		1970-2002 TCAM %
	Mds \$	%	Mds \$	%	
Soins hospitaliers	27,6	37,8	486,5	31,3	9,4
Soins médicaux et cliniques	14	19,2	339,5	21,9	10,5
Médicaments sur ordonnance	5,5	7,5	162,4	10,5	11,2
Administration et coût net de l'assurance privée	2,8	3,8	104,9	6,8	12
Soins en séjour de longue durée	4,2	5,7	103,2	6,6	10,5
Dépenses totales de santé	73,1	100 %	1553	100 %	10
Dont : <i>Dépenses privées</i>	45,4	62,2	839,6	54,1	9,5
<i>Dépenses publiques</i>	27,6	37,8	713,4	45,9	10,7

Source : d'après Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS).

1. Les dépenses publiques sont cependant sous-estimées : elles ne prennent pas en compte les déductions fiscales dont bénéficient les employeurs (120 milliards de \$, soit 1 % du PIB). D'autre part, les primes versées par les employeurs aux compagnies d'assurance sont considérées comme des dépenses privées, alors que les cotisations sociales obligatoires dans les autres pays relèvent des dépenses publiques (OCDE, 2002).
2. 17 % de son chiffre d'affaire contre 3,3 % en moyenne pour les 500 premières firmes américaines tous secteurs confondus, cf. M. Angell : « Big Pharma Is a Two Faced Friend », *Financial Times*, 19/07/04.



après des dizaines de pharmacies on-line basées au Canada, dont les prix sont contrôlés par le gouvernement et sont inférieurs de 20 à 80 % à ceux en vigueur aux Etats-Unis.

**Une qualité problématique de l'offre de soins et des performances sanitaires médiocres**

De nombreux travaux mettent régulièrement en évidence le gaspillage, les faibles performances et les problèmes de qualité affectant le système de soins américain, pourtant l'un des plus avancés au monde en termes de technologies et d'appareillage médicaux. Une enquête récente d'envergure nationale établit à ce propos un constat alarmant : la population adulte ne reçoit guère plus de la moitié des soins recommandés (55 %) ; les piètres performances relevées sont les mêmes quels soient les régions ou le type de soins prodigués (soins réguliers, soins préventifs, soins d'urgence, etc.) ; la qualité des soins varie substantiellement en fonction du type de pathologie en cause <sup>1</sup>.

La qualité des services dispensés par les hôpitaux laisse en particulier à désirer : le nombre de lits d'hôpitaux par malade est l'un des plus faibles des pays de l'OCDE (2,9 pour 1000 habitants) ; des dizaines de milliers de décès y sont constatés chaque année à cause d'erreurs médicales évitables, d'infections contractées lors de séjours hospitaliers ou d'une absence de couverture médicale <sup>2</sup>. Enfin, toutes les études s'accordent à constater

le faible niveau d'encadrement infirmier à l'hôpital (1 pour 60 patients dans les centres médicaux pour anciens combattants et les établissements de soins de longue durée, 1 pour 12 en chirurgie), conséquence de la stratégie de réduction de la main-d'œuvre professionnelle poursuivie dans les années 1990 par les hôpitaux pour diminuer leurs coûts et rationaliser leur production, à l'instar de celle des secteurs industriels (Brannon, 1996).

Les indicateurs de santé traditionnels (espérance de vie à la naissance, taux de mortalité infantile, etc.) montrent de moindres performances en comparaison internationale bien que les dépenses de santé par habitant aux Etats-Unis soient les plus élevées au monde (OCDE, 2002 et *The Economist*, 2004). Cette situation ne peut évidemment être attribuée entièrement à la qualité du système de soins : les conditions de travail et d'environnement sont d'importants facteurs affectant l'état de santé d'une population. De ce point de vue, le stress au travail coûterait plus de 300 milliards de \$ par an en dépenses de santé selon des estimations récentes. Et les travailleurs américains y sont particulièrement exposés, eux qui connaissent une durée du travail parmi les plus longues des pays industrialisés (1 800 heures par an en moyenne), sont pour un quart d'entre eux dans une relation d'emploi atypique (travail à temps partiel ou indépendant) et dont 40 % travaillent dans des plages horaires non

- 
1. Les résultats de cette étude menée par le Rand Institute, une boîte à penser (*think tank*) créée en 1969 en association avec la ville de New York, ont été publiés sur son site internet : [www.rand.org](http://www.rand.org) ainsi que dans des revues académiques.
  2. Cf. NCHC, 2004 : « Facts on Health Insurance Quality », [www.nchc.org](http://www.nchc.org) et « Statement of D. Rowland », *Testimony Before the Subcommittee on Health of the House Committee on Ways & Means*, March 9, 2004.

standard (le soir, la nuit ou le week-end)<sup>1</sup>.

---

**L'expérience du *Managed Care* :  
un bilan limité**

Dans les années 1970 a été mis en place un système de contrôle des soins (*Managed Care*), organisé par les compagnies d'assurance pour répondre aux préoccupations des employeurs en butte aux coûts croissants de l'assurance maladie. Ce système a été étendu à l'assurance individuelle et aux programmes fédéraux. Il désigne les différentes formes d'arrangements contractuels et de mécanismes incitatifs entre assureurs, fournisseurs de soins et usagers, destinées à rationaliser l'offre de soins traditionnelle pour en contrôler la consommation et en maîtriser les dépenses (Chambaretaud & Lequet-Slama, 2002).

**Une régulation au niveau  
microéconomique**

Comme le souligne Lambert (2000), les organismes du *Managed Care* ont tous comme caractéristique de fonctionner sur le mode du paiement préalable et du tiers payant (sauf rares exceptions), d'offrir une prise en charge des soins ambulatoires et hospitaliers, et enfin d'exercer un contrôle sur l'efficacité et l'opportunité des soins (médecins référents, contrôle des choix thérapeutiques, etc.). Ils revêtent néanmoins des formes distinctes, selon les prestations offertes,

le rôle joué par les assureurs dans la gestion des soins, le degré de liberté des professionnels et des institutions de santé à fixer les prix et à délivrer tel ou tel soin, les modes de paiement, etc.

Parmi eux, les Health Maintenance Organizations (HMO) sont les organismes les plus contrôlés (les patients doivent passer par un médecin référent pour la plupart des traitements) et aussi ceux qui offrent la couverture de soins la plus complète (soins préventifs notamment). Ils ne représentent toutefois que 25 % des salariés couverts par une assurance professionnelle<sup>2</sup>. L'organisation administrative et le statut des médecins y varient selon les cas : certains salarient les médecins et possèdent leurs propres lieux de soins ; d'autres passent des contrats avec des groupes de médecins, ces derniers pouvant pratiquer la médecine de groupe ou individuelle tout en percevant un forfait par tête (capitation) en échange des soins prodigués ; la plupart passent directement des contrats avec les médecins sur une base individuelle. Les HMO peuvent être à but lucratif, certains étant cotés en Bourse, ou à but non lucratif<sup>3</sup>. La plupart sont détenus par des compagnies d'assurances. Les Preferred Provider Organizations (PPOs) sont les réseaux les plus populaires (55 % du marché), car ils n'exigent pas de passer par des médecins référents pour avoir accès aux spécialistes. Le fait de choisir un médecin ou un hôpital agréé dans la liste désignée par le réseau est encouragé (prestations plus

---

1. Cf. « Always on the Job, Employees Pay With Health », by J. Scharz, *New York Times*, September 5, 2004.

2. Cf. Kaiser/Hret (2004).

3. Les premiers HMO étaient à but non lucratif, comme les réseaux Blue Cross et Blue Shield créés dans les années 1930. Les HMO à but lucratif se sont développés surtout dans les années 1980 et 1990 quand le *Managed Care* a connu un certain succès. Aujourd'hui, ils sont nettement majoritaires (63 % des HMO), cf. CMS (2003).

complètes, remboursements plus élevés). Les réseaux Point-of-service (POS) proposent quant à eux des listes de médecins et d'hôpitaux mais le participant peut également avoir accès à des praticiens hors réseau. Leurs coûts restent relativement peu élevés, d'où leur relative popularité (15 % du marché).

#### **Une maîtrise des coûts de courte durée**

Le *Managed Care* a donné des résultats positifs dans les années 1990, contribuant pour partie à la décélération des dépenses de santé. Les employeurs sont parvenus à y faire participer un nombre croissant de salariés (27 % en 1988 contre 92 % en 2000) et au total, 70 % de la population américaine y est adhérente<sup>1</sup>. Il s'est développé à l'initiative du secteur de l'assurance privée, et par ricochet à *Medicare*, mais plus marginalement<sup>2</sup>. Les organismes du *Managed Care* sont parvenus à faire pression sur les professionnels de santé pour contenir la progression de leurs tarifs et la consommation de services médicaux. De plus en plus de médecins ont ainsi été intégrés dans ce système de soins coordonnés : une enquête de l'AMA (American Medical Association), l'organisation syndicale la plus représentative et la plus influente de la profession<sup>3</sup>, indique que

leur nombre est passé de 77 % en 1994 à 92 % en 1997 (Helmes, 2001). Autre effet de la mise en œuvre du *Managed Care* : la proportion de médecins salariés est passée de 24 à 43 % entre 1983 et 1997 (et de 37 à 66 % pour les nouveaux praticiens) tandis que celle de médecins exerçant en libéral dans leur propre cabinet est tombée de 40 à 26 % (McKinlay & Marceau, 2002).

Cette situation a quelque peu écorné les revenus de la profession : après une période de hausse entre 1991 et 1995, le revenu net moyen des médecins a baissé de 5 % pendant la deuxième moitié de la décennie 1990 (1995-99), davantage pour les généralistes (-6,4 %) que pour les spécialistes (-4 %). La surabondance relative de l'offre de médecins (encadré 1) de même que la relative fragmentation du syndicalisme médical<sup>4</sup> ont également contribué à affaiblir la position de ces professionnels sur le marché du travail, qui doivent également affronter la concurrence croissante des spécialités hors profession médicale (chiropracteurs, acuponcteurs, etc.). Cependant, la médecine reste encore la profession la mieux payée aux Etats-Unis. Le revenu net moyen médical atteignait près de 206 000 \$ en 2000 (219 000 \$ pour les spécialistes et 145 000 \$ pour les généralistes).

1. « A Survey of Health-Care Finance », *The Economist*, July 17<sup>th</sup> 2004.

2. *Medicare* a mis en place dès le début des années 1980 une stratégie de contrôle des coûts basée sur le paiement forfaitaire par pathologie, reprise par le secteur privé de l'assurance et s'est tourné dès cette époque vers des organismes de type *Managed Care*. Pour autant, le nombre de bénéficiaires de *Medicare* inscrits auprès de ces réseaux de soins n'était que de 11 % en 2003.

3. Elle a été créée en 1847 et 40 % des médecins en sont membres.

4. La spécialisation médicale a entraîné la constitution de syndicats de spécialistes (les cardiologues ont par exemple rejoint l'American College of Cardiology, les internes la Society for General Internal Medicine), remettant en cause la représentation unifiée de l'AMA, qui connaît aussi des dissensions internes. De surcroît, les jeunes praticiens ont tendance à ne pas se syndiquer (McKinlay & Marceau, 2002).

## Encadré 1.

**L'offre médicale et hospitalière****Les médecins**

La densité médicale aux Etats-Unis, évaluée à près de 3 médecins pour 1000 habitants, est inférieure à la moyenne des pays de l'OCDE. Elle est surtout fort déséquilibrée, trois fois plus forte en zone urbaine qu'en zone rurale où l'accès aux soins constitue souvent un problème (Lambert, 2000). Bien que la thèse d'une surcapacité de l'offre médicale fasse débat aux Etats-Unis, elle est avérée dans certaines zones géographiques (notamment entre Boston et Washington D.C.), pendant que d'autres régions souffrent d'une sous-capacité. Et quand bien même le chômage des médecins est rare, le sous-emploi est assez répandu pour les jeunes professionnels qui s'installent et qui doivent compléter leurs revenus par des activités annexes (McKinlay & Marceau, 2002).

L'écrasante majorité des médecins est constituée de spécialistes (92 %), les médecins généralistes étant peu nombreux. 18 % des médecins exercent à l'hôpital et 68 % sont installés en cabinet privé (US Census Bureau, 2003). Ils peuvent pratiquer la médecine selon quatre modes d'organisation : la médecine de groupe, la médecine en clinique, en hôpital ou dans un réseau de soins coordonnés (en libéral ou en tant que salarié). De nouveaux modes de rémunération ont été développés récemment pour tenter de contenir l'expansion des coûts de santé liés au paiement à l'acte et améliorer la qualité des services de soins : le paiement par capitation (un paiement mensuel forfaitaire par patient) ou le paiement basé sur les performances.

**Les hôpitaux**

Le secteur hospitalier américain se compose d'hôpitaux publics et privés : la majorité d'entre eux sont encore à but non lucratif (85 %), notamment les hôpitaux fédéraux et la plupart des hôpitaux implantés dans les Etats (*Community Hospitals*), malgré leur conversion croissante en hôpitaux à but lucratif. Le secteur hospitalier a connu l'une des concentrations les plus rapides du secteur de la santé, avec deux chaînes qui contrôlent aujourd'hui les trois quarts du secteur à but lucratif (Columbia/HCA et Tenet). Cette concentration, outre la recherche d'économies d'échelle, est une réaction de défense des hôpitaux face à la progression du *Managed Care*, la taille leur conférant un pouvoir de négociation accru vis-à-vis des assurances.

Une deuxième partition distingue les hôpitaux généraux (*Full Service Hospitals*), en majorité à but non lucratif, des hôpitaux spécialisés (*Specialty Hospitals*), principalement à but lucratif. La concurrence est rude, voire déloyale entre ces deux types d'établissements : les premiers, dont la plupart sont équipés en services d'urgence (92 %), accueillent davantage les urgences (souvent des personnes non assurées) que les seconds, dont 45 % seulement offrent ces mêmes services (GAO, 2003). Les hôpitaux spécialisés traitent en conséquence moins d'assurés de *Medicaid* et de cas lourds que les hôpitaux généraux.

■ ■ ■

■ ■ ■

De manière générale, les hôpitaux sont de plus en plus confrontés à des factures impayées à cause du nombre croissant de patients non assurés ou qui ne peuvent régler les tickets modérateurs, ce qui vient réduire leurs marges bénéficiaires et augmenter leurs dettes. Aussi usent-ils de techniques agressives pour recouvrer leurs factures impayées auprès des non-assurés, même les hôpitaux à but non lucratif qui par ailleurs bénéficient de substantielles réductions d'impôts de l'Etat fédéral et de leur propre Etat en contrepartie d'un devoir de charité envers les pauvres.

Les effets de *Managed Care* sur les dépenses de santé ont été cependant de courte durée. Le système a été discrédité et mis en cause par les usagers, à cause des contraintes accrues dans l'accès aux soins et du niveau plus faible de la prise en charge (franchises élevées). Les médecins se sont opposés aux efforts entrepris par les compagnies d'assurance en vue de leur imposer des restrictions, tant sur les prix que sur leur pratique thérapeutique (liberté de diagnostic et de soins). La croissance des coûts a repris de plus belle vers la fin des années 1990.

#### **La réforme *Medicare* : un coût élevé pour des résultats incertains**

La réforme de *Medicare* en 2003 a été avant tout motivée par des préoccupations électoralistes, même si elle répondait à un besoin essentiel non satisfait, à savoir la prise en charge des médicaments prescrits hors hôpital (encadré 2). D'où

les réactions très divisées des parlementaires américains à son encontre, qui transcendent largement les oppositions partisans, même si la majorité des démocrates s'y est opposée avec l'AFL-CIO. En outre, son coût pour le budget fédéral est élevé : il a été estimé lors de sa présentation au Congrès à 395 milliards de \$ sur 10 ans par l'administration Bush (2006-2016) qui aurait volontairement sous-estimé ce coût de plus de 100 milliards de \$<sup>1</sup>. En conséquence, les experts estiment que la caisse d'assurance hospitalisation (le *HI Trust Fund*) deviendra insolvable en 2019, et non plus en 2026 comme initialement prévu<sup>2</sup>.

Cette loi satisfait un peu tous les acteurs du marché de la santé, dont *Medicare* garantit en partie les revenus (revenus des professionnels de santé ainsi que profits des laboratoires pharmaceutiques, des hôpitaux et des HMO). Elle subventionne à hauteur de 125 milliards

1. Le coût global serait de 534 milliards de \$ et non pas de 395 milliards de \$ selon l'estimation initiale présentée par le Président et d'autres officiels devant le Congrès. Or l'actuaire en chef de *Medicare* aurait fait pression sur l'un de ses subordonnés pour taire l'information, ce qui fait actuellement l'enjeu d'un débat juridique aux Etats-Unis pour savoir si la loi constitutionnelle a été violée ou non, cf. « Inquiry Proposes Penalties for Hiding Medicare Data », by R. Pear, *New York Times*, September 8, 2004.

2. Cf. 2004 Green Book et 2004 Annual Report of the Board of Trustees of the Federal HI and Federal SMI Trust Funds.

## Encadré 2

**Les principales mesures de la réforme de *Medicare***

Le *Medicare Modernization Act* (MMA) a été voté en décembre 2003. Le remboursement partiel des médicaments vendus sur ordonnance (hors hôpital) par une assurance volontaire en constitue la mesure phare. L'instauration de comptes d'épargne santé défiscalisés et l'attribution d'aides financières en constituent les autres principaux volets. La mise en œuvre de cette loi doit se faire en plusieurs phases : la première est d'ores et déjà opérationnelle, la prochaine ne débutera qu'en 2006 et la dernière en 2010.

**La couverture « médicaments »**

Le MMA procure une couverture « médicaments » minimale à tous les assurés mais limite la couverture la plus coûteuse (les soins de longue durée). Ainsi, pour une cotisation mensuelle de 35 \$, les assurés qui auront souscrit volontairement leur couverture médicaments auprès d'une compagnie d'assurance ou d'un HMO, devront déboursier chaque année les 250 premiers \$ en franchise et se verront rembourser leurs dépenses entre 251 \$ et 2 200 \$ à hauteur de 75 %. Entre 2 201 \$ et 5 100 \$, *Medicare* ne remboursera rien ; au-delà, les dépenses de médicaments redeviendront à nouveau remboursables, mais seulement pour les soins de longue durée et à 95 %. D'après les calculs les plus optimistes, le taux global de remboursement atteindra environ 33 % (Pignarre, 2004). Ce remboursement partiel des médicaments ne deviendra effectif qu'à partir de 2006.

En attendant, l'administration Bush a octroyé une subvention directe de 600\$ aux plus pauvres des bénéficiaires de *Medicare* (ceux dont les revenus sont situés en dessous de 135 % du seuil de pauvreté et qui représentent un tiers des assurés). Elle a également mis en place une carte d'achat au coût de 30 \$ (gratuite pour les bas revenus), qui doit entraîner des réductions de 10 à 25 % sur les médicaments prescrits pour les bénéficiaires du programme fédéral. Mais ce système transitoire a démarré dans la plus grande confusion le 1<sup>er</sup> juin et paraît produire déjà de nombreux ratés<sup>1</sup>. Ainsi, après sept mois de mise en œuvre de cette loi, moins de 10 % des bénéficiaires de *Medicare* auraient demandé cette fameuse carte.

**Les aides financières et fiscales**

Elles consistent en des aides aux entreprises pour les dissuader de supprimer la couverture maladie de leurs ex-salariés à la retraite et pour faciliter les regroupements de régimes de prévoyance maladie entre PME, en des subventions à certains hôpitaux, en des octrois de crédits à ceux qui n'ont pas accès à une assurance professionnelle et qui ne peuvent pas non plus s'offrir une assurance personnelle. La loi crée notamment des comptes d'épargne santé (*Health Savings Accounts* ou HSA) transférables d'une entreprise à l'autre, auxquels employeurs et salariés peuvent cotiser en franchise fiscale et qui pourront être utilisés pour payer les dépenses médicales. L'objectif recherché est d'inciter la population à acheter des assurances pour les gros risques et à utiliser leurs comptes d'épargne pour les dépenses de santé plus courantes. La loi exige que

■ ■ ■

■ ■ ■

de tels régimes soient couplés avec un plan d'assurance maladie individuelle déductible fiscalement. Enfin, elle vise à s'attaquer au coût croissant des procès médicaux qui augmentent le coût des assurances pour les médecins, les travailleurs et les entreprises, par l'adoption de standards nationaux, par l'informatisation et par un système de recours judiciaire plus prévisible et plus équitable.

1. Cf. « Shifting Drug Prices Muddy Medicare Card Choice », *Washington Post*, May 21, 2004.

de \$ les employeurs par des allègements fiscaux et fournit aux professionnels de santé (HMO, médecins et hôpitaux) la possibilité d'augmenter leurs tarifs, d'où le double appui à cette loi du patronat (celui de la Chambre de commerce) et de la profession médicale (AMA). Les grands groupes de l'industrie pharmaceutique, opposés implacablement au contrôle des prix et à l'achat de médicaments par l'Etat, obtiennent gain de cause. Cette loi ne remet pas en cause la liberté exceptionnelle dont ils jouissent de fixer de façon totalement discrétionnaire le prix des médicaments. Elle continue d'interdire à *Medicare* ce qui est permis aux plans de santé privés et aux assurances, à savoir utiliser sa puissance d'achat pour contraindre l'industrie pharmaceutique à baisser ses prix.

En revanche, la loi est loin d'emporter l'adhésion des principaux intéressés, les bénéficiaires de *Medicare*. Un récent sondage réalisé par la fondation Kaiser montre que près de la moitié d'entre eux émettent un jugement négatif. De son côté, l'AFL-CIO l'a critiquée d'un double point de vue : d'une part, celle-ci n'introduit qu'une couverture très partielle des médicaments pour les personnes âgées alors qu'elle subventionne largement l'industrie pharmaceutique et les HMO ; d'autre part, elle engage un processus de privatisation du programme

fédéral, dont la gestion, jusque là autonome, sera sous-traitée aux assureurs privés. C'est d'ailleurs l'un des objectifs clés de la loi : attirer plus de patients vers des dispositifs privés (le nouveau programme *Medicare Advantage* repose largement sur les PPOs plutôt que sur les HMOs), en faisant jouer la concurrence au motif qu'ils sont mieux à même de contenir les coûts que le programme *Medicare* dont les bénéficiaires privilégient largement le paiement à l'acte et participent moins dans l'ensemble aux réseaux de soins organisés (11 % des bénéficiaires).

---

#### L'ambivalence et les nombreuses volte-face syndicales

Le contexte institutionnel et politique d'après-guerre a largement contribué à l'alignement des intérêts du syndicalisme sur ceux des employeurs des grandes entreprises et des assurances privées, écartant toute solution d'un système public et universel au profit d'un système archaïque d'assurance maladie dépendant de l'emploi (Gottschalk, 2000). Cet intérêt commun au maintien du *statu quo* a durablement affecté la capacité politique du syndicalisme à mobiliser ses membres en faveur d'une réforme globale et radicale du système de santé qui réduise le rôle des assurances privées. Cependant, l'attitude syndicale à cet égard n'a pas été

## ETATS-UNIS

monolithique. Au contraire, des dissensions internes complexes et changeantes ont divisé profondément le mouvement syndical sur la question de la réforme de la santé, comme le montrent les nombreux revirements et volte-face de plusieurs fédérations, et de l'AFL-CIO elle-même.

### ***Un carcan institutionnel favorable au système privé***

Si l'AFL a historiquement privilégié et défendu des formes d'auto-organisation des travailleurs contre toute ingérence de l'Etat en matière de protection sociale, la crise des années 1930 l'a conduite à réviser sa position et à soutenir fermement les réformes du *New Deal* (assurance vieillesse et chômage). Toutefois, l'énergie des syndicats s'investit surtout dans la défense et l'amélioration de la couverture sociale de leurs membres, au travers de la gestion autonome ou paritaire des régimes professionnels existants<sup>1</sup>, phénomène que la loi *Taft Hartley* en 1947 et une décision administrative imposant la négociation des « compléments du salaire » (congrés payés, congrés maladie, assurance médicale, retraite, etc.) en 1949 ne font que renforcer. De ce point de vue, ce sont les principaux syndicats d'industrie affiliés au CIO qui se feront les plus ardents défenseurs de la protection sociale d'entreprise, forts des avantages sociaux qu'ils parviennent à négocier pour leurs membres dans les grandes entreprises des secteurs oligopolistiques, à l'abri de la concurrence au sortir de la Deuxième guerre mondiale. Alors que les syndicats de l'AFL, implan-

tés dans des secteurs plus concurrentiels, voient leurs régimes de prévoyance maladie plus souvent confrontés à des situations financières fragiles. Cette division du camp syndical n'apparaît pas pour autant comme une constante par la suite.

La loi ERISA de 1974 achève de planter le décor institutionnel, en favorisant l'établissement d'une alliance objective entre syndicats et employeurs dans le domaine de la couverture maladie. Bien qu'elle vise avant tout les régimes professionnels de retraite, elle exempte les régimes interentreprises et les régimes d'employeur auto-assurés des réglementations étatiques qui régissent les compagnies d'assurance et des impôts prélevés par ces mêmes Etats. ERISA a donc laissé ces régimes largement non réglementés et ouverts à toutes sortes de pratiques discriminatoires de la part des employeurs (sélection des travailleurs éligibles, etc.).

### ***Les attermolements des syndicats après le vote de Medicare***

Le président L. B. Johnson, fort d'une large majorité démocrate au Congrès et du soutien de l'AFL-CIO, parvient enfin à instaurer le premier système national d'assurance santé en 1965, mais non sans prix. D'une part, l'envergure de la réforme est réduite à la proposition d'une assurance aux seules personnes âgées et aux pauvres. D'autre part, comme contrepartie de l'accord avec l'AMA, le puissant syndicat professionnel des médecins, le président fait inscrire dans la loi le principe de non-remise en cause de la liberté de choix des patients et de celle de l'acte médical de même que le refus de

---

1. Avant 1947, environ 1/3 des régimes de prévoyance médicale établis étaient gérés paritairement par les employeurs et les syndicats, 1/3 étaient gérés exclusivement par les syndicats et le dernier tiers par les compagnies d'assurance (Gottschalk, 2000).



tout contrôle gouvernemental sur les prix, laissant aux assurances privées le soin d'exercer ce pouvoir<sup>1</sup>.

Au milieu des années 1970, les syndicats renoncent peu à peu à l'idée d'une assurance nationale universelle éliminant les assurances privées et plaident pour une réforme progressive plutôt que globale du système de santé, concentrant leur énergie sur la question des non-assurés. Ils finissent d'ailleurs par se rallier en 1978 à l'idée d'un modèle promu en son temps par R. Nixon, qui engage l'employeur par une cotisation obligatoire (*employer mandate*), proposition qui sera reprise vingt ans plus tard par B. Clinton. M. Gottschalk (2000) attribue ce revirement à l'alliance objective qui se noue alors entre les employeurs des grandes entreprises et la plupart des syndicats. Elle désigne notamment L. Kirkland, alors président de l'AFL-CIO et J. Sweeney, qui prendra la tête du SEIU (Service Employees International Union) en 1980, comme les plus importants soutiens à ce pacte.

Alors que la période 1980-1990 est caractérisée par une érosion accélérée de la protection sociale d'entreprise, les syndicats restent profondément divisés quant à l'opportunité et à la nature d'une réforme du système de santé. L'AFL-CIO soutient le projet de réforme de Clinton, même si l'intensité de son effort est sujette à caution (Dark, 1999). Deux des plus importants syndicats s'y opposent, dont celui des salariés du secteur public AFSCME (American Federation of State, County and Municipal Employees) et celui des travailleurs de l'automobile UAW

(United Automobile, Aerospace & Agriculture Implement Workers of America) mais refusent de mener campagne contre ouvertement. Car de fait, le plan Clinton cherche à garantir l'accès de tous aux soins mais renonce à l'établissement d'une assurance maladie publique et d'une caisse nationale unique. Il repose au contraire sur un mélange subtil de réglementation de la concurrence au sein du marché de l'assurance privée, de contrôle des prix et de la qualité des prestations, à travers la création au niveau fédéral d'un Conseil national de santé et au niveau des Etats de caisses maladie régionales alimentées par une cotisation obligatoire (employeur et salarié) et chargées de négocier avec les fournisseurs de soins (à l'exception des entreprises de plus de 5 000 salariés autorisées à se passer des caisses et à négocier directement les primes auprès des assureurs)<sup>2</sup>. Après l'échec de cette réforme en 1994, L. Kirkland, encore président de la centrale, déclare que le mouvement syndical doit désormais axer sa stratégie sur le soutien à une assurance médicale publique et nationale. En dépit de cette résolution, le débat est mis en sourdine et la revendication même d'une couverture universelle d'assurance maladie disparaît de l'agenda du parti démocrate (PD).

**La réforme de la santé à nouveau sur l'agenda politique ... et syndical**

L'attitude traditionnelle de suivisme adoptée par l'AFL-CIO vis-à-vis du PD ainsi que le caractère mesuré et explicitement *pro-business* des propositions du

---

1. Cf. « The Cure For Medicare May Be Too Painful », by A. Shlaes, *Financial Times*, December 1, 2003.  
2. Pour plus de détails sur cette proposition de réforme, cf. apRoberts (1993) et Gates-Davis (1995).

## Encadré 3

### Les propositions de réforme du système de santé des deux candidats à la présidence

Les propositions des deux candidats s'opposent sur les principes : tandis que Bush, tout occupé à la promotion de son *ownership society*, aimerait réduire le rôle du gouvernement fédéral à la portion congrue, Kerry au contraire veut renforcer le pouvoir de l'Etat en matière d'assurance maladie. Elles s'opposent également du point de vue de l'ambition des programmes et de leur coût. Mais l'une comme l'autre sont d'ores et déjà jugées insuffisantes pour enrayer la spirale inflationniste des primes d'assurance maladie. Kerry a choisi d'adopter une attitude modérée pour s'attirer les votes des classes moyennes. Il ne fait en conséquence pas preuve de beaucoup d'audace ni d'originalité dans son programme, reprenant à son compte l'arme des crédits d'impôts, malgré leur coût élevé pour le budget fédéral et leur impact en général limité sur le nombre de non-assurés.

#### Les propositions de G. W. Bush

Bush a repris de nombreux points déjà à l'agenda de sa précédente campagne électorale (en 2000) mais non réalisés. Il a choisi de faire campagne sur la base des réformes déjà accomplies, essentiellement la mesure phare de sa réforme *Medicare* en 2003 qui propose le remboursement partiel des médicaments prescrits hors hôpital. Ses seules propositions novatrices se bornent à l'instauration d'un crédit d'impôt pour les acquéreurs de polices d'assurance individuelle (1000 \$ par personne et 3 000 \$ par famille) et la formation d'un nouveau pool d'achat permettant aux petites entreprises de s'associer dans des régimes de prévoyance maladie. Ces mesures assureraient globalement une extension de la couverture maladie à plus de 6 millions de personnes durant la prochaine décennie selon ses conseillers. Leur coût est évalué à 89 milliards de \$ sur les dix prochaines années, dans un contexte où le déficit budgétaire fédéral devrait atteindre le record de 422 milliards de \$ pour l'année fiscale 2004 qui s'arrête en septembre.

#### Les propositions de J. Kerry

Le programme de Kerry est plus ambitieux que celui de Bush bien qu'il privilégie comme ce dernier les crédits d'impôts comme solution au problème des non-assurés (professions libérales, personnes entre 55 et 64 ans et bas salaires). Il estime le coût global de ses propositions à 653 milliards de \$ sur 10 ans, y compris 300 milliards de \$ d'économies à réaliser. Ses propositions permettraient selon ses conseillers de procurer une couverture maladie à 27 millions de personnes supplémentaires. Le financement de ces mesures prendrait en partie appui sur la remise en cause des mesures de réduction d'impôts accordées par Bush aux plus riches, ceux dont les revenus sont supérieurs à 200 000 \$ par an. Parmi ces principales propositions, plus détaillées que celles de son concurrent, on relèvera : une prise en charge accrue du financement par le gouvernement fédéral en assumant 75 % du coût des maladies chroniques entraînant des soins coûteux et en prenant en charge les dépenses afférentes aux 20 millions d'enfants actuellement sous *Medicaid* ; un accès amélioré aux médicaments en permettant à *Medicare* de négocier le prix des médicaments, ■ ■ ■

■ ■ ■

aux Etats de négocier des rabais sur les médicaments comme pour *Medicaid* et en légalisant l'importation des médicaments prescrits ; un accès facilité au régime de prévoyance des salariés du gouvernement fédéral pour les non-assurés ; des crédits d'impôt aux chômeurs pour leur faciliter l'accès à une assurance maladie.

Sources : d'après les sites internet des deux candidats et la presse américaine.

candidat J. Kerry en matière de réforme de la santé (encadré 3) n'ont guère incité la centrale syndicale à prendre le devant de la scène (Sullivan, 2004)<sup>1</sup>. L'AFL-CIO est pourtant sortie d'un long silence en février 2003, en intervenant ouvertement dans la campagne en faveur d'une vaste réforme du système de santé. Dans sa résolution « Renewing the Drive for Comprehensive Health Care Reform », elle a réaffirmé à cette occasion sa position en faveur d'un système universel, l'unique objectif qui permette d'offrir à tous les Américains une assurance maladie de qualité<sup>2</sup>.

Par cette résolution, l'AFL-CIO a certes accompli une nouvelle volte-face et réouvert un débat mis en veilleuse depuis plusieurs années, mais cette déclaration de bonne volonté a été peu suivie d'effets en pratique. Son président, J. Sweeney, continue en effet de penser qu'il n'y a pas de réforme possible du système de santé

sans changement de majorité au Congrès, même s'il semble prêt à soutenir aujourd'hui (en privé tout au moins) le principe du payeur unique, aux côtés des fédérations les plus importantes (AFSCME, UAW et UNITE)<sup>3</sup>.

Finalement, c'est l'inflation accélérée des coûts de la santé ainsi que les non-assurés toujours plus nombreux qui pourraient conduire à remettre la réforme du système de santé sur l'agenda syndical et politique. Pourtant, plusieurs obstacles à une réforme d'envergure perdurent, et non des moindres. La fragmentation des institutions américaines constitue un frein puissant à toute réforme, offrant prise à une multitude de groupes d'intérêts particuliers aux dépens de l'intérêt général. Le secteur de la santé (assurances, hôpitaux, industrie pharmaceutique, syndicats professionnels) est ainsi l'un des plus importants contributeurs au financement des membres du Congrès. D'autre part,

1. L'examen de son site internet : [www.aflcio.org](http://www.aflcio.org) est de ce point de vue instructif, la centrale syndicale se bornant à exiger que les employeurs paient leur « juste part », à prôner l'adoption d'une loi de « droits aux patients », ou encore à permettre à l'Etat de négocier le prix des médicaments. Cela étant, l'examen des sites Internet des fédérations syndicales les plus importantes de l'AFL-CIO enseigne que trois fédérations syndicales seulement se prononcent explicitement en faveur d'une solution de payeur unique (AFSCME, UAW et CWA).

2. Cf. « AFL-CIO Renews Health Care Campaign », by P.E. Benjamin, *The Nation's Health*, 22/03/2003.

3. Cf. « The AFL-CIO and Universal Health Care », by J. Gordon, *Washington Free Press*, January/February 2003.

## ETATS-UNIS

l'AFL-CIO campe pour le moment sur ses positions, s'interdisant de délivrer un message fort et cohérent à sa base, aux politiques et à la population plus généralement. Ce faisant, la centrale syndicale se prive non seulement de donner de la voix au niveau national mais aussi d'avoir une visibilité qui rendrait la réforme sans doute plus légitime, plus crédible et au final plus envisageable.

### Sources :

- apRoberts L. (1990), « Les syndicats face à la dégradation des régimes de santé négociés », *IRES Chronique internationale*, n°4, mai.
- apRoberts L. (1993), « Une proposition d'assurance médicale pour tous », *IRES Chronique internationale*, n°25, novembre.
- Brannon R.L. (1996), « Restructuring Hospital Nursing : Reversing the Trend Toward a Professional Work Force », *International Journal of Health Services*, vol. 26, n°4.
- CBO (2004), « Health Care Spending and the Uninsured », Statement of Douglas Holtz-Eakin, before the Committee on Health, Education, Labor, and Pensions US Senate, January 28.
- Chambaretaud S., Lequet-Slama D. (2002), « Managed Care et concurrence aux Etats-Unis, évaluation d'un mode de régulation », *Revue française des affaires sociales*, n°56, 1.
- CMS (2003), « Managed Care », *Health Care Industries Market Update*, Center for Medicare and Medicaid Services, March 24.
- Dark T. E. (1999), *The Unions and the Democrats – An Enduring Alliance*, Cornell University Press, Ithaca.
- EBRI (2003), « Sources of Health Insurance and Characteristics of the uninsured : Analysis of the March 2003 Current Population Survey », *Issue Brief*, n°264, December.
- Fondeur Y. et Sauviat C. (2003), « Négociations collectives dans l'automobile – Patrons, syndicats, même combat ... contre la concurrence étrangère », *Chronique internationale de l'IRES*, 85, novembre.
- GAO (2003), « Specialty Hospitals: Information on National Markets Share, Physicians Ownership and Patients Served », *General Accounting Office*, Washington D.C., April 18.
- Gates-Davis M. (1995), « Le plan Clinton » dans *La crise du système de santé aux Etats-Unis*, O. Frayssé, *Problèmes politiques et sociaux*, n°744, 10 février, La Documentation française.
- Glied S., Lambrew J.M. & Little S. (2003), « The Growing Share of Uninsured Workers Employed by Large Firms », *The Commonwealth Fund*, October.
- Gottschalk M. (2000), *The Shadow Welfare State: Labor, Business and the Politics of Health Care in the United States*, Cornell University Press, Ithaca.
- Gruber J. & McKnight R. (2003), « Why Did Employees Health Insurance Contributions Rise ? » *International Journal of Health Services*, vol. 22, n°6.
- Helmes R.B. (2001), « The Changing United States Health Care System: The effect of Competition on Structure and Performance », *Independent Institute Working Paper* n°29, April.
- Hellander I. (2003), « A Review of Data on the US Health Sector », *International Journal of Health Services*, vol. 33, n°4.
- Kaiser/HRET (2004), « Employer Health Benefits Survey », site Internet : <http://www.kff.org>
- Lambert D-C (2000), *Les systèmes de santé – analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels*, Editions du Seuil, Paris.
- McKinlay J.B. & Marceau L.D. (2002), « The End of the Golden Age of Doctoring », *International Journal of Health Services*, vol. 32, n°2.
- OCDE (1992), *Etats-Unis – Etudes économiques de l'OCDE*, 1991/92, Paris.
- OCDE (2002), *Etats-Unis – Etudes économiques de l'OCDE*, volume 18, novembre, Paris.
- Pignarre P. (présenté par) (2004), *A la santé des Américains – Les risques de la privatisa-*

## UN SYSTEME DE SANTE EN CRISE

*tion*, Les empêcheurs de tourner en rond/Le Seuil, Paris.

Sullivan K. (2004), « AFL-CIO's Timid Approach Makes It Irrelevant in Health Care Debate », *Labor Notes*, August.

The Economist (2004), « The Health of Nations – A Survey of Health-Care Finance », July 17<sup>th</sup>.

US Census Bureau (2003), *Statistical Abstract*, US Department of Commerce, Washington D.C.

US Census Bureau (2004), *Income, Poverty and Health Insurance Coverage in the United States: 2003*, by C. DeNavas-Walt, B.D. Proctor & R.J. Mills, US Department of Commerce, Washington D.C.